

All'attenzione
dell'Assemblea federale
3003 Berna

**Rapporto
del Tribunale federale delle assicurazioni
sulla sua gestione nel 2004**

del 21 gennaio 2005

Onorevoli signori Presidenti,
Onorevoli membri delle Camere federali,

Conformemente all'articolo 21 capoverso 2 della legge federale sull'organizzazione giudiziaria ci pregiamo sottoporvi il nostro rapporto di gestione concernente l'attività svolta nel 2004.

Gradiscano, onorevoli signori Presidenti, onorevoli membri delle Camere federali, l'espressione della nostra più alta considerazione.

21 gennaio 2005

In nome del Tribunale federale delle assicurazioni

Il Presidente: Aldo Borella

Il Segretario generale: Marcel Maillard

Allegato: Sunto della giurisprudenza pubblicata nella raccolta ufficiale nel 2004.

Rapporto di gestione 2004

TRIBUNALE FEDERALE DELLE ASSICURAZIONI

A. COMPOSIZIONE DEL TRIBUNALE

Con decisione della Corte plenaria del 23 dicembre 2003, il Tribunale federale delle assicurazioni si è costituito per gli anni 2004 e 2005 nel modo seguente:

<u>Camere</u>	<u>Presidente</u>	<u>Membri</u>
Ia	Borella	Leuzinger*
IIa	Borella	Schön, Frésard
IIIa	Leuzinger	Rüedi, Lustenberger, Kernen
IVa	Ferrari	Widmer, Meyer, Ursprung
Direzione del Tribunale:	Borella	Leuzinger, Ferrari

*Il Presidente designa gli altri tre membri di caso in caso (art. 3 cpv. 2 del Regolamento del Tribunale [RS 173.111.2]).

La composizione del Tribunale è rimasta immutata nel corso dell'anno in rassegna.

Il giudice federale Aldo Borella ha esercitato la funzione di presidente del Tribunale federale delle assicurazioni, la giudice federale Susanne Leuzinger quella di vicepresidente.

B. ATTIVITÀ DEL TRIBUNALE

I. Carico di lavoro

Le statistiche e i grafici della parte C contengono indicazioni sull'evoluzione del volume delle cause, sul modo di liquidazione delle stesse e sulla durata media della procedura per ogni ramo assicurativo. Sono state introdotte 2233 (2172) nuove cause, ciò che corrisponde a un aumento di 61 cause rispetto all'anno precedente. L'aumento delle nuove cause si è registrato nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni (+117), dell'assicurazione per l'invalidità (+25), della previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (+17), dell'assicurazione contro le malattie (+16) e dell'assicurazione militare (+6). Diminuite sono invece le nuove cause nell'ambito dell'assicurazione vecchiaia e superstiti (-94), dell'assicurazione contro la disoccupazione (-24) e delle prestazioni complementari (-5). Praticamente costante è rimasto il numero delle nuove cause in materia di ordinamento sulle indennità per perdita di guadagno in caso di servizio militare o di protezione civile. Nell'ambito degli assegni familiari nell'agricoltura, è stata introdotta, dopo un'assenza di quattro anni, una nuova causa. Complessivamente sono state liquidate 2222 (2619) cause (-397, ossia -15%). La diminuzione delle cause liquidate è stata più che proporzionale nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità (-210, ossia -21%), dell'assicurazione contro la disoccupazione (-90, ossia -24%) e dell'assicurazione vecchiaia e superstiti (-81, ossia -21%).

Il 31 dicembre erano pendenti 1584 (1573) cause (+11). È stato possibile ridurre di 1,2 mesi la durata media della procedura, scesa a 9,2 mesi.

I giudici supplenti hanno trattato 176 (194) cause.

Rispetto all'anno precedente è rilevabile un leggero aumento di nuove cause (+2,81%). Il numero delle cause liquidate corrisponde praticamente a quello delle nuove cause. Si sono avute 11 pendenze in più (aumento dello 0,7%). La relazione tra il numero delle cause pendenti e quello delle nuove cause è scesa leggermente al quoziente di 71% (72%).

Vi sono diversi motivi che spiegano la considerevole diminuzione delle cause liquidate. Prescindendo dalla indisponibilità, durante vari mesi, di due giudici (in incapacità di lavoro parziale a causa di malattia), non è stato possibile compensare una riduzione degli effettivi (dovuta a partenze, congedi, perfezionamento in diritto europeo) nel settore dei redattori. Inoltre, l'importanza determinante attribuita al controlling, e quindi, nell'ordine del lavoro, alla liquidazione delle vecchie cause, ha fatto sì che è stato liquidato un numero più che proporzionale di cause complesse e difficili.

II. Organizzazione del Tribunale

L'introduzione di un rigoroso sistema di controllo del tempo, preannunciato nel rapporto di gestione precedente, ha dato luogo a una sensibile diminuzione (di 1,2 mesi) della durata media dello svolgimento della procedura.

III. Personale

L'effettivo del personale del Tribunale contava a fine anno 71 (73) posti, di cui 41 (43) posti di cancelliere.

Anche nell'anno in rassegna numerosi giuristi hanno partecipato a corsi esterni di perfezionamento riguardanti temi specifici delle assicurazioni sociali e del diritto europeo. Il Tribunale ha nuovamente organizzato corsi di perfezionamento interni per tutto il personale. Da rilevare al proposito sono la versione francese del corso offerto l'anno precedente agli interessati di lingua tedesca "Quando parla il diritto", e la ricerca mirata su internet delle fonti del diritto europeo.

IV. Relazioni con il Tribunale federale

Le Corti di diritto pubblico del Tribunale federale e il nostro Tribunale si sono incontrati il 3 settembre sulle isole di Brissago in una seduta comune (art. 127 cpv. 3 OG). Sono stati trattati principalmente i problemi "Fondamenti del diritto transitorio. Aspetti comuni e differenze", "Giurisprudenza recente in materia di diritto europeo", nonché l'attuale stato della revisione della procedura federale.

La Direzione del Tribunale federale delle assicurazioni e la Commissione amministrativa del Tribunale federale hanno discusso in una seduta comune questioni in materia di finanze e di personale, d'informatica e di accesso al pubblico delle sentenze.

Dopo che le relazioni tra i due tribunali supremi si erano sviluppate in modo eccellente nel corso degli ultimi anni, i giudici del Tribunale federale e del Tribunale federale delle assicurazioni si sono riuniti il 21 dicembre a Losanna in una seduta plenaria comune. In questa storica seduta è stato dato l'avvio alla preparazione dell'attuazione della Legge federale sul Tribunale federale (LTF).

V. Conflitto interno

Il Tribunale ha informato con lettera del 30 marzo le Commissioni di gestione del Consiglio nazionale e del Consiglio degli Stati (CG) dell'esistenza di un conflitto, sino ad allora irrisolto, in relazione alla nuova costituzione, avvenuta il 18 e il 23 dicembre 2003, delle Camere per gli anni 2004 e 2005. Il 31 marzo la giudice federale Ursula Widmer ha trasmesso alle CG una denuncia. Il "Gruppo di lavoro TFA" delle CG ha proceduto ad accertamenti approfonditi. In base ad essi, il 6 dicembre le CG hanno preso posizione, verbalmente e per iscritto, nei confronti del Tribunale. Esse hanno rilevato che il conflitto doveva essere considerato come serio ma che la capacità di funzionamento del Tribunale non era messa in pericolo, anche se la situazione conflittuale aveva un'influenza negativa per il clima di lavoro e per l'adempimento dei compiti. Le CG si sono rifiutate d'intervenire direttamente nel conflitto o di proporre al Tribunale una soluzione concreta al riguardo. Nell'anno in rassegna non è stato possibile risolvere il conflitto.

C. STATISTICA 2004
I. Tabelle

1. Natura delle cause e modo di liquidazione

	Liquidazione negli anni precedenti					Modo di liquidazione					del processo in mesi				
						Riparto dal 2004	Entrate	Totale pendenti	Liquidate al 2005	Riparto al 2005		Stralcio (Ritiro ecc.)	Irrice- vibilità	Reiezione Ammissio- ne	Rinvio
	2000	2001	2002	2003	2004										
a. Assicurazione per la vecchiaia e i superstiti	430	406	411	390	229	246	475	309	166	8	70	143	36	52	9.3
b. Ass. per l'invalidità	682	724	772	1016	548	844	1392	806	586	14	50	450	105	187	8.9
c. Prestazioni complementari all' AVS/AI	68	89	81	98	47	68	115	73	42	3	9	39	7	15	7.0
d. Previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità	72	100	103	154	98	136	234	123	111	3	10	71	23	16	10.9
e. Ass. contro le malattie	163	212	136	153	152	182	334	186	148	6	48	91	13	28	9.7
f. Assicurazione contro gli infortuni	400	513	437	416	302	466	768	422	346	5	26	279	59	53	9.1
g. Assicurazione militare	7	10	4	7	7	13	20	10	10	0	1	8	0	1	10.2
h. Ord. sulle indennità per perdita di guadagno	1	2	2	3	0	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0.7
i. Assegni familiari nell'agricoltura	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1.7
k. Assicurazione contro la disoccupazione	418	389	352	381	190	275	465	291	174	6	38	163	52	32	9.2
l. Ricorsi in materia di rapporto di servizio del personale	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0
Totale	2242	2446	2298	2619	1573	2233	3806	2222	1584	46	252	1244	295	385	9.2

1) Di cui inoltrate dagli assicurati: 1762; dagli istituti di assicurazione e dall'autorità di sorveglianza: 471

Ripartizione linguistica: tedesco 1500 = 67.1%; francese 631 = 28.3%; italiano 102 = 4.6%

2) Di cui liquidate secondo l'art. 36a OG: 270

3) Di cui entrate nel 2000: 3 ; 2001: 13; 2002: 26; 2003: 163 (2 procedure sospese); 2004: 1379 (1 procedura sospesa)

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

2. Liquidazione secondo le lingue e per camere

Secondo le lingue	Per camere	
	Casi	%
Tedesco	1607	72.3
Francese	509	22.9
Italiano	106	4.8
	= 2222	= 100

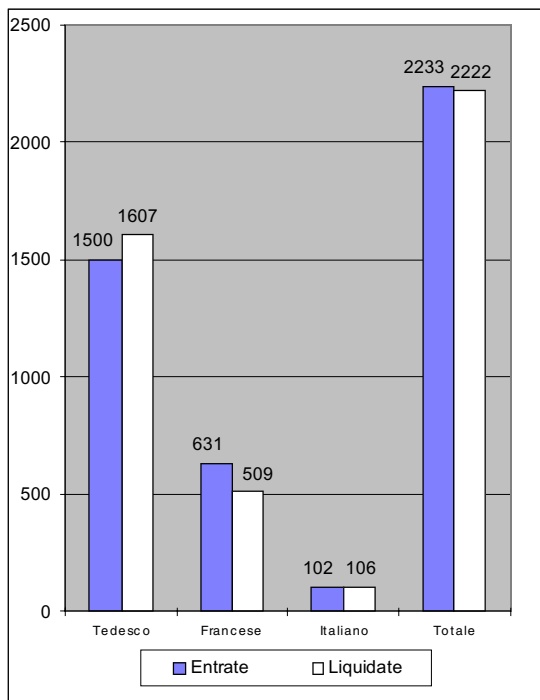
Per camere	
Ia Camera (5 giudici)	195
Ila, Ili e IVa Camera (3 giudici)	2027
	2222

Casi presentati alla Corte plenaria	4
Deliberazioni pubbliche (Art. 17 OG)	12

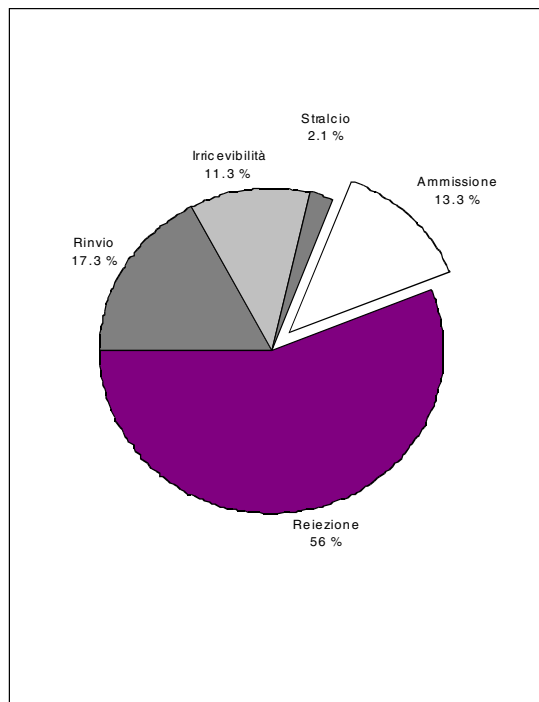
II. Presentazione grafica

Presentazione grafica delle tabelle 1. e 2.

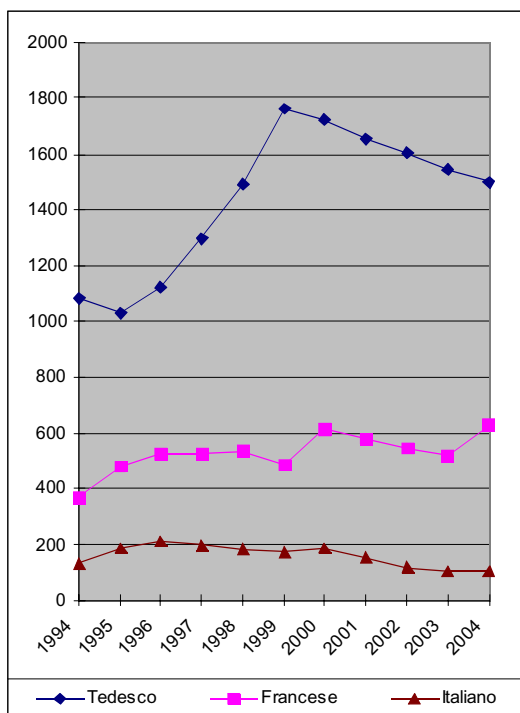
A) Cause secondo le lingue 2004



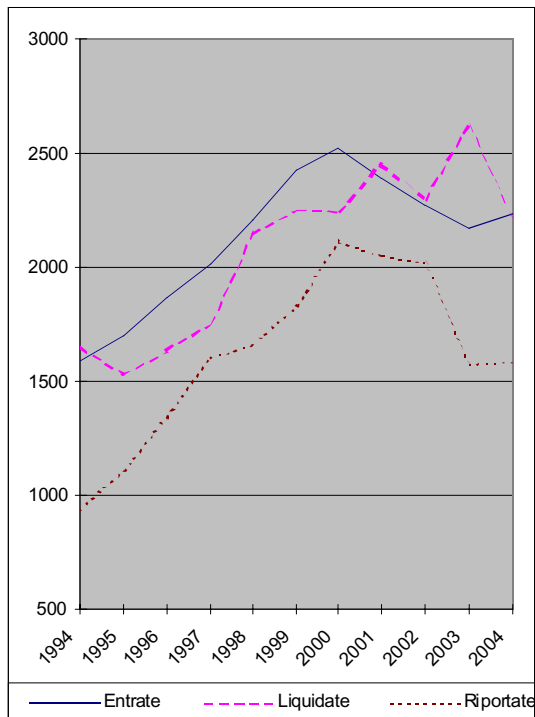
B) Modo di liquidazione 2004



C) Cause introdotte per lingue



D) Cause introdotte, liquidate e riportate



Allegato

Sunto della giurisprudenza pronunciata nel 2004

1. Diritto sostanziale

a. Assicurazione vecchiaia e superstiti

In materia di contributi il Tribunale ha deciso che i contributi propri di una persona senza attività lucrativa non sono considerati pagati se il suo coniuge esercitante tale attività ha diritto a una rendita di vecchiaia; dato che il reddito del coniuge esercitante un'attività lucrativa non può più essere ripartito e computato per metà dopo che egli abbia raggiunto l'età per la rendita di vecchiaia, manca il presupposto perché il coniuge senza attività lucrativa possa continuare a fruire di un'esenzione dall'obbligo contributivo (DTF 130 V 49).

Nell'ambito delle prestazioni, oggetto di discussione è stata una domanda di rendita ordinaria di vecchiaia presentata da un cittadino francese domiciliato in Francia; il Tribunale ha giudicato che le disposizioni dell'Accordo sulla libera circolazione (ALC), concluso il 21 giugno 1999 ed entrato in vigore il 1° giugno 2002 tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea e i suoi Stati membri, dall'altra, come pure le disposizioni dei regolamenti comunitari sono applicabili soltanto per il periodo posteriore all'entrata in vigore dell'ALC; ciò vale anche se l'età che dà diritto alla rendita di vecchiaia è stata raggiunta prima del 1° giugno 2002 ma la decisione sulla rendita è stata pronunciata dopo tale data; nella stessa causa è stato stabilito che, conformemente all'art. 48 n. 1 del regolamento n. 1408/71, l'istituto assicurativo svizzero può rifiutare l'assegnazione di una rendita di vecchiaia per non essere i contributi stati versati per almeno un anno intero (DTF 130 V 335). Il Tribunale ha inoltre rilevato che per il calcolo di una rendita di vecchiaia non sono da considerare i periodi di assicurazione compiuti in un altro Stato contraente (DTF 130 V 51).

I regolamenti comunitari non regolano la questione del diritto applicabile a una domanda d'indennità forfetaria formulata in luogo della rendita di vecchiaia quando l'ALC sia entrato in vigore dopo il compimento dell'età che dà diritto alla rendita di vecchiaia ma prima dell'emanazione della decisione amministrativa litigiosa; la soluzione va quindi cercata nel diritto interno; nel caso concreto, lo stato di fatto (il compimento del 65° anno di età) giuridicamente determinante si è realizzato prima dell'entrata in vigore dell'ALC, per cui la domanda di liquidazione forfetaria avrebbe dovuto essere trattata in virtù della Convenzione italo-svizzera relativa alla sicurezza sociale (DTF 130 V 156). Con l'entrata in vigore dell'ALC, la rendita di vecchiaia non può più essere liquidata con un'indennità unica in capitale in favore di un cittadino italiano che lascia definitivamente la Svizzera; al riguardo il Tribunale ha giudicato che poteva rimanere indecisa la questione dell'applicabilità della giurisprudenza della Corte di giustizia delle Comunità europee in materia di mantenimento dei vantaggi garantiti dagli effetti congiunti del diritto nazionale e delle convenzioni, dato che l'indennità forfetaria non costituisce di per sé una prestazione più favorevole della rendita mensile, bensì configura unicamente una modalità di pagamento di quest'ultima (DTF 130 V 150). Il Tribunale ha ritenuto inammissibile la soppressione di una rendita straordinaria di vecchiaia a seguito del trasferimento, per il 1° gennaio 2003, in Germania della persona assicurata, e ciò avuto riguardo all'ALC e, in particolare, al principio dell'esportazione delle prestazioni sancito dal regolamento n. 1408/71 (DTF 130 V 145).

In relazione al diritto del padre non sposato all'attribuzione di accrediti per compiti educativi, il Tribunale ha giudicato come criterio distintivo l'autorità parentale ai sensi degli art. 296 segg. CC; sino alla fine del 1999 l'ordinamento svizzero non ammetteva l'esercizio congiunto dell'autorità parentale, sicché non è possibile, per i periodi di assicurazione precedenti il 1° gennaio 2000, attribuire accrediti per compiti educativi al padre non sposato anche se egli, oltre a convivere con i propri figli e la loro madre, collaborava per metà all'educazione e

all'assistenza dei figli; il computo di accrediti per compiti educativi riferito a periodi assicurativi posteriori presuppone che l'autorità tutoria abbia effettivamente attribuito al padre non sposato e alla madre dei suoi figli l'autorità parentale congiunta a norma dell'art. 298a cpv. 1 CC (DTF 130 V 241).

Circa l'applicabilità intertemporale delle disposizioni sostanziali della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (LPGA), entrata in vigore il 1° gennaio 2003, il Tribunale ha stabilito che non si può dedurre a contrario dall'art. 82 cpv. 1 LPGA che il momento della decisione sarebbe determinante per l'applicazione di tali disposizioni in relazione a prestazioni che non sono ancora state fissate alla sua entrata in vigore; eccettuate le fattispecie specifiche contemplate dalla disposizione transitoria, occorre riferirsi ai principi generali sviluppati in materia di diritto transitorio, che dichiarano applicabile, in caso di modifica delle basi legali, l'ordinamento in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che dev'essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche; nel caso concreto, lo stato di fatto giuridicamente determinante da cui dipende l'eventuale diritto ad interessi di mora su un'indennità forfetaria maturata il 1° agosto 2001 ma versata solo nel maggio 2003, si è realizzato in parte prima e in parte dopo l'entrata in vigore della LPGA; per il periodo fino al 31 dicembre 2002, l'esame dei presupposti sostanziali del diritto alla prestazione avviene secondo i principi stabiliti in DTF 119 V 81 consid. 3a; per quello successivo, il giudizio si fonda sulla disposizione di cui all'art. 26 cpv. 2 LPGA; per entrambi i periodi è stato negato il diritto ad interessi di mora (DTF 130 V 329).

Nell'ambito della responsabilità del datore di lavoro ai sensi dell'art. 52 LAVS, il Tribunale ha dovuto statuire sulla questione intertemporale del diritto processuale applicabile in una causa di risarcimento danni; esso ha stabilito che, se l'azione di risarcimento è stata promossa ancora nel 2002, la procedura si determina secondo le disposizioni del vecchio diritto; altrimenti, si applica il nuovo diritto, secondo il quale se l'assicurato si oppone alla decisione amministrativa, la cassa di compensazione deve pronunciare una decisione su opposizione impugnabile con ricorso (DTF 130 V 1).

b. Assicurazione invalidità

In relazione alla LPGA, il Tribunale è stato chiamato ad esaminare se diverse nozioni stabilite dalla giurisprudenza precedente e principi da essa riconosciuti continuano ad essere vigenti. Al proposito ha accertato che i concetti d'"incapacità al lavoro" (art. 6 LPGA), d'"incapacità al guadagno" (art. 7 LPGA), d'"invalidità" (art. 8 LPGA), di "metodo di raffronto dei redditi" (art. 16 LPGA) e di "revisione" (della rendita d'invalidità e di altre prestazioni durevoli) (art. 17 LPGA), formulati dalla LPGA, corrispondono alle nozioni precedentemente sviluppate dalla giurisprudenza nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità (DTF 130 V 343). Neppure la giurisprudenza pronunciata finora sull'applicazione del cosiddetto metodo misto per la valutazione dell'invalidità degli assicurati esercitanti un'attività lucrativa a tempo parziale secondo l'art. 27^{bis} OAI ha subito modifiche con l'entrata in vigore della LPGA (DTF 130 V 393). Per quanto concerne la nozione di domicilio "definito dal codice civile" quale presupposto per il diritto alla rendita straordinaria e all'assegno per grandi invalidi dell'assicurazione per l'invalidità, il Tribunale ha giudicato che con tale nozione è da intendersi il domicilio secondo l'art. 23 cpv. 1 CC, ossia il domicilio liberamente scelto, ad esclusione del domicilio derivato delle persone poste sotto tutela (DTF 130 V 404).

Il Tribunale ha precisato la giurisprudenza relativa alla nozione d'invalidità conseguente a disturbi da dolore somatoforme, decidendo che un disturbo da dolore somatoforme non è, di regola, atto a determinare una limitazione di lunga durata della capacità lavorativa, suscettibile di cagionare un'invalidità ai sensi dell'art. 4 cpv. 1 LAI (testo vigente fino al 31 dicembre 2002); esso ha stabilito le condizioni alle quali una deroga a tale principio entra eccezionalmente in linea di conto (DTF 130 V 352). Il Tribunale si è occupato anche in un'altra causa della diagnosi di disturbo da dolore somatoforme (secondo la classificazione ICD-10, cifra F45.4); a tal proposito ha rilevato che la dottrina medica dominante accorda un'importanza limitata alla diagnosi di psicalgie; se i sistemi di classificazione determinanti (ICD-10, DSM-IV) tendono,

quali strumenti di standardizzazione, alla precisione nozionistica, tale circostanza non coincide necessariamente con lo scopo d'inventariare in maniera completa una situazione con valore patologico; cionondimeno, il riconoscimento di un danno alla salute ai sensi della LAI e della LPGA presuppone, di regola, che in una perizia psichiatrica possa essere espressa una diagnosi suscettibile d'essere fondata "lege artis" sui criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto (DTF 130 V 396).

In una causa concernente un cittadino belga domiciliato in Francia, il Tribunale ha stabilito che, in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, egli ha diritto all'assegnazione di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, dato che risiede in uno Stato membro; la rendita non può tuttavia essere accordata retroattivamente al di là del 1° giugno 2002 (DTF 130 V 57). Anche un cittadino spagnolo residente in Spagna, al beneficio di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, rientra, a partire dal 1° giugno 2002, nel campo d'applicazione personale dell'ALC; da un punto di vista temporale, il regolamento comunitario n. 1408/71 non gli conferisce tuttavia alcun diritto per il periodo precedente alla sua entrata in vigore; per chi era assicurato in più Stati membri, il diritto comunitario dispone che ognuno degli Stati interessati accorda rendite parziali; di conseguenza, nella misura in cui una rendita d'invalidità straniera entra in considerazione, i diritti dell'assicurato possono, su sua domanda, dar luogo a una revisione; una domanda di revisione motivata con l'aggravamento del grado d'invalidità non vale tuttavia quale domanda di nuovo calcolo (DTF 130 V 247).

Ai sensi del regolamento n. 1408/71 sono esportabili quarti di rendita, non invece le rendite per caso di rigore; nel caso di nuova domanda di rendita vanno considerati d'ufficio l'ALC e i regolamenti comunitari di coordinamento n. 1408/71 e n. 574/72 per il periodo successivo alla loro entrata in vigore; anche se il grado d'invalidità non ha subito modifiche dopo una precedente decisione, passata in giudicato, di rifiuto di una rendita, una nuova domanda presentata da chi sia residente in uno Stato membro può quindi, di per sé, dar luogo al pagamento di un quarto di rendita all'estero (DTF 130 V 253).

In materia di valutazione dell'invalidità, il Tribunale si è pronunciato sulla qualifica di mansione consueta ai sensi dell'art. 21 cpv. 1 LAI in relazione con l'art. 27 cpv. 2 OAI, di un'attività esercitata a titolo onorifico presso diverse organizzazioni di auto-aiuto (DTF 130 V 360). In una causa concernente l'assicurazione contro gli infortuni ma il cui giudizio vale anche nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, il Tribunale ha deciso, modificando la giurisprudenza pubblicata in DTF 127 V 129, che per la determinazione del grado d'invalidità il risultato aritmeticamente esatto va arrotondato per eccesso o per difetto alla prossima cifra percentuale intera, secondo le regole applicabili in matematica (DTF 130 V 121).

Circa la determinazione dell'inizio del diritto alla rendita in caso di persone senza attività lucrativa o che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale, il Tribunale ha deciso che, in analogia con quanto stabilito per gli assicurati esercitanti un'attività lucrativa, anche per le persone senza attività lucrativa o che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale l'incapacità al lavoro giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI non è identica al grado d'invalidità; mentre quest'ultimo, per gli assicurati attivi nell'economia domestica, si determina, di regola, mediante un'inchiesta economica a domicilio, l'incapacità lavorativa corrisponde alla riduzione di rendimento funzionale nello svolgimento delle mansioni finora esercitate, da determinarsi in base a pareri medici; nel quadro del metodo misto, per analogia alla determinazione del grado d'invalidità, ci si deve fondare sulla media ponderata dell'incapacità lavorativa nei due ambiti di attività (DTF 130 V 97).

Il Tribunale si è occupato dell'analogia tra procedura di revisione della rendita e nuova domanda per quanto concerne le basi di paragone temporali quando si tratti di rendere verosimile una modifica delle circostanze di fatto; in tale ambito ha precisato che in caso di nuova domanda dev'essere resa verosimile una modifica delle circostanze di fatto intervenuta dopo l'ultima decisione di rifiuto delle prestazioni, pronunciata in base ad un esame del merito della domanda precedente (DTF 130 V 71). Il Tribunale ha cambiato la propria giurisprudenza in materia di esigenze concernenti la verosimiglianza di una modifica determinante dei fatti ai sensi dell'art. 87 cpv. 3 OAI (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2002) in caso di nuova domanda successiva a un diniego di prestazioni; esso si è pronunciato sull'onere della prova incombente all'assicurato e sulla procedura da seguire se la domanda rimanda a mezzi di

prova complementari, nonché sullo stato di fatto determinante per il controllo giudiziario di una decisione di non entrata in materia (DTF 130 V 64).

Nella valutazione della grande invalidità quale presupposto dell'assegnazione del sussidio per la cura dei minorenni valgono, di regola, per quanto concerne il valore probatorio di un rapporto d'inchiesta effettuato in base a sopralluogo, gli stessi principi applicabili per i sussidi per cure a domicilio e per mezzi ausiliari; i criteri esposti in DTF 128 V 93 seg. consid. 4 per valutare un accertamento contenuto in un rapporto allestito dopo un sopralluogo sono determinanti anche nel caso in esame (DTF 130 V 61).

Nella misura in cui limita alle persone con handicap fisico e alla vista l'assunzione, a carico dell'assicurazione per l'invalidità, delle spese di trasporto necessarie per permettere di partecipare all'insegnamento della scuola pubblica, l'art. 9^{bis} OAI non è conforme all'art. 8 Cost.; tale diritto va riconosciuto anche agli assicurati con disturbi psichici, nella misura in cui il loro handicap provoca loro spese di trasporto supplementari rispetto agli altri bambini in età scolastica che frequentano la scuola pubblica (DTF 130 V 441).

In relazione ai mezzi ausiliari a carico dell'assicurazione per l'invalidità, il Tribunale ha giudicato che la consegna di un apparecchio acustico secondo le aliquote tariffali convenzionali crea la presunzione di un'assistenza acustica sufficiente; esso si è pronunciato altresì sulle condizioni alle quali l'assicuratore per l'invalidità deve assumere a proprio carico un apparecchio acustico il cui costo eccede quanto previsto dalle aliquote tariffali convenzionali (DTF 130 V 163).

I sussidi di costruzione giusta l'art. 73 cpv. 1 LAI non configurano indennità ai sensi dell'art. 3 cpv. 2 della legge sui sussidi (LSu), bensì aiuti finanziari ai sensi del cpv. 1 di tale articolo; la prestazione di un siffatto aiuto non è possibile in virtù dell'art. 26 cpv. 3 LSu se la realizzazione del progetto di costruzione (nel caso concreto: l'acquisto di un immobile) è stata avviata senza garanzia di pagamento o autorizzazione preventive da parte dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS); se detto Ufficio rifiuta in seguito di accordare i sussidi di costruzione, non si può parlare di formalismo eccessivo (DTF 130 V 177).

La pretesa di restituzione di una rendita d'invalidità, fatta valere nei confronti di un coniuge, può essere compensata con gli arretrati di una rendita d'invalidità accordata all'altro coniuge, anche se debitore e creditore dell'amministrazione non sono identici (DTF 130 V 505).

In materia di applicazione intertemporale delle disposizioni sostanziali della LPGA, il Tribunale ha chiarito successivamente alla sentenza già menzionata nell'ambito dell'assicurazione vecchiaia e superstiti e pubblicata in DTF 130 V 329, che i principi colà sviluppati in relazione agli interessi di mora valgono anche nel giudizio su prestazioni durevoli, in particolare su rendite dell'assicurazione per l'invalidità (DTF 130 V 445).

Il Tribunale è stato chiamato a decidere sul diritto – in generale, dei terzi, e del datore di lavoro in particolare – di interporre opposizione; esso ha stabilito che la legittimazione a presentare opposizione va giudicata come nella procedura di ricorso in prima istanza secondo l'art. 59 LPGA e pertanto conformemente alla prassi sviluppata a proposito dell'art. 103 lett. a OG; il Tribunale ha rilevato che il datore di lavoro non è legittimato a presentare opposizione per il solo fatto che l'assegnazione di una rendita ridurrebbe il suo obbligo di continuare a versare il salario o gli permetterebbe di chiedere il pagamento nelle mani di terzi (DTF 130 V 560). Un ufficio AI che non ha emanato la decisione impugnata nella procedura di ricorso (alla quale nemmeno ha partecipato) non è legittimato a proporre ricorso di diritto amministrativo (DTF 130 V 514).

c. Prestazioni complementari

La questione se un figlio debba essere incluso nel calcolo della prestazione complementare va determinata in base a un calcolo comparativo; in quest'ultimo devono essere considerate le singole posizioni alla stregua della regolamentazione usuale che, da un lato tiene conto dei redditi e delle spese del figlio, e, dall'altro, ne fa astrazione; nel calcolo che prescinde dal figlio occorre quindi considerare la parte della pigione a lui computabile, valutata nel caso concreto a

un quarto; non è stato invece computato un reddito di lavoro solamente ipotetico del figlio (DTF 130 V 263).

Nella nozione di spese di dentista che possono dar luogo a rimborso ai sensi dell'art. 3d cpv. 1 lett. a LPC rientrano, in linea di principio i costi occasionati da ogni trattamento dentario che sia, giusta l'art. 8 OMPC, semplice, economico e adeguato; non esiste alcuna base legale per escludere in maniera generale provvedimenti dentari volti alla cura di una malattia (nella fattispecie: risanamento d'amalgama) (DTF 130 V 185).

In materia di restituzione di prestazioni complementari indebitamente riscosse, le opposizioni contro le decisioni, come pure i ricorsi presentati contro le decisioni su opposizione, hanno per legge effetto sospensivo (DTF 130 V 407).

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

Anche dopo l'entrata in vigore della legge sul libero passaggio e delle relative modifiche del CO (art. 331a – 331c), l'istituto di previdenza può, nell'ambito della previdenza più estesa e in assenza di pertinenti disposizioni statutarie e regolamentari, recedere, in applicazione analogica dell'art. 4 segg. LCA, dal contratto di previdenza in caso di reticenza dell'assicurato (DTF 130 V 9).

Modificando la giurisprudenza pubblicata in DTF 127 V 259, il Tribunale ha giudicato che, nell'ambito della previdenza più estesa, gli istituti di previdenza sono liberi di versare una rendita d'invalidità soltanto fino a che l'assicurato abbia raggiunto l'età del pensionamento e di erogare prestazioni di vecchiaia inferiori alla rendita d'invalidità versata fino a quel momento (DTF 130 V 369).

Nel delimitare l'obbligo di prestazione tra due istituti di previdenza, il Tribunale ha, precisando la sua giurisprudenza, stabilito che, di regola, non rimane alcuno spazio per la responsabilità di un precedente istituto di previdenza se un altro istituto previdenziale ha riconosciuto il proprio obbligo di prestazione per un'incapacità di lavoro e di guadagno risultante dallo stesso danno alla salute e ha, di conseguenza, assegnato una rendita (intera) d'invalidità (DTF 130 V 270).

Con l'insorgere di un caso di previdenza a seguito d'invalidità totale, la concessione di un versamento anticipato in vista dell'acquisto di un'abitazione è esclusa anche se l'assicurato interessato non percepisce alcuna prestazione da parte del proprio istituto di previdenza in ragione di un sovraindennizzo (concorso di prestazioni di altre assicurazioni sociali) (DTF 130 V 191). Poiché un istituto di previdenza aveva accreditato erroneamente a un assicurato prestazioni versategli da un'altra persona e aveva quindi consentito a tale assicurato prelievi massicciamente eccessivi dal proprio conto per l'acquisto di un'abitazione, il Tribunale ha discusso in un'altra causa i problemi relativi alla rettifica successiva di un conto individuale e alla restituzione di un pagamento effettuato indebitamente (DTF 130 V 414).

Le conseguenze giuridiche del mancato consenso del coniuge al pagamento in contanti si determinano, in caso di rapporto previdenziale contrattuale, a norma dell'art. 97 segg. CO; ne discende che, se all'istituto previdenziale non può essere imputata una violazione del proprio obbligo di diligenza, il versamento in contanti effettuato senza il consenso del coniuge ha effetto liberatorio (DTF 130 V 103).

In materia di sovraindennizzo, l'entrata in vigore della LPGA e i contestuali adeguamenti della LPP non hanno dato luogo ad alcuna modifica della situazione giuridica; l'art. 34a cpv. 1 e 2 LPP corrisponde sostanzialmente all'art. 34 cpv. 2 nella sua versione in vigore fino al 31 dicembre 2002, mentre l'art. 69 cpv. 2 LPGA non è applicabile alla previdenza professionale (DTF 130 V 78).

L'art. 56a LPP costituisce la base legale sia per quanto attiene alla responsabilità delle persone a cui è imputabile l'insolvenza dell'istituto di previdenza ma che non entrano nella cerchia delle persone a cui si riferisce l'art. 52 LPP, sia per quanto concerne il diritto di regresso del fondo di garanzia nei confronti di queste stesse persone; quali autorità di sorveglianza sugli istituti di previdenza, i Cantoni sono da annoverare tra le persone (giuridiche) ai sensi dell'art.

56a cpv. 1 LPP responsabili dell'insolvenza dell'istituto di previdenza, nei confronti delle quali il fondo di garanzia può esercitare il regresso (DTF 130 V 277).

In relazione alle misure di ristrutturazione della Swisscom SA, il Tribunale si è occupato della nozione di piano sociale e dell'interpretazione delle disposizioni normative di quest'ultimo; esso ha rilevato che, giusta l'art. 20 del Regolamento di ComPlan, il versamento, preteso dall'assicurato, di prestazioni almeno corrispondenti a quelle previste dalle disposizioni dell'Ordinanza concernente la Cassa pensioni della Confederazione in caso di scioglimento amministrativo del rapporto di lavoro, entra in considerazione solo in assenza di un piano sociale negoziato tra il datore di lavoro e le associazioni del personale riconosciute; l'accordo concluso il 3 maggio 1999 tra la Swisscom SA e i sindacati e le associazioni del personale interessate costituisce infatti un piano sociale ai sensi dell'art. 20 del Regolamento; tale disposizione non è contraria al principio della parità di trattamento (DTF 130 V 18).

In caso di chiusura dell'impresa e conseguente scioglimento del contratto di affiliazione all'istituto di previdenza, le riserve contributive non possono essere rimborsate al datore di lavoro, ma devono essere accreditate agli assicurati secondo criteri di ripartizione oggettivamente motivati (DTF 130 V 518).

Il concordato omologato è opponibile ai crediti privilegiati dell'istituto collettore che non sono stati insinuati tempestivamente; per tutelare i propri diritti, incombeva all'istituto collettore d'insinuare il proprio credito nella procedura, se del caso chiedendo l'intervento del commissario (art. 300 e 301 LEF); nella misura in cui crea nuovi obblighi a carico del datore di lavoro, l'affiliazione d'ufficio all'istituto collettore ai sensi dell'art. 11 LPP avviene mediante una decisione formatrice; nel caso dell'art. 12 LPP, l'affiliazione all'istituto collettore risulta dalla legge stessa e una decisione su questo punto può avere soltanto carattere di accertamento (DTF 130 V 526).

Sotto il profilo procedurale, il Tribunale ha stabilito che la competenza per materia del tribunale delle assicurazioni sociali per la ripartizione delle prestazioni d'uscita in caso di divorzio si estende ugualmente alle controversie con gli istituti di libero passaggio (DTF 130 V 111). Precisando la giurisprudenza, il Tribunale ha stabilito la competenza dei tribunali delle assicurazioni sociali secondo l'art. 73 LPP, se la vertenza ha per oggetto il versamento di prestazioni dipendenti dall'apprezzamento che formano un tutt'uno con una prestazione previdenziale legalmente dovuta e soggetta, in caso di contestazione, alla procedura di cui all'art. 73 LPP, nel senso che l'attribuzione di tali prestazioni dipendenti dall'apprezzamento influisce direttamente sull'importo della prestazione dovuta; ciò era il caso della pretesa indennità di rincaro per una rendita di vecchiaia corrente, indennità alla quale né la legge né il regolamento conferiscono un diritto individuale (DTF 130 V 80). In materia di estensione dello scambio degli allegati ad altri cointeressati, il Tribunale ha giudicato che, con l'invito a partecipare alla procedura, l'autorità di cosa giudicata del giudizio (di ultima istanza) si estende all'istituto di previdenza cointeressato, con la conseguenza che tale giudizio è ad esso opponibile nell'eventualità di un processo successivamente intentato nei suoi confronti; l'invito a partecipare alla procedura non esplica ulteriori effetti, in particolare non determina una pronuncia in merito a conclusioni aventi per oggetto l'assegnazione di prestazioni da parte dell'istituto di previdenza cointeressato (DTF 130 V 501).

e. Assicurazione contro le malattie

In caso di cambiamento di assicuratore nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è esclusa una doppia assicurazione; il rapporto di assicurazione presso il nuovo assicuratore può soltanto prendere inizio dopo che è terminato quello precedente; se il nuovo assicuratore non conosce l'assicuratore precedente e non è quindi in grado di effettuare la comunicazione prevista dall'art. 7 cpv. 5 prima frase LAMal, non è ravvisabile una mancanza illecita e non può pertanto insorgere un obbligo di risarcimento danni ai sensi dell'art. 7 cpv. 5 seconda frase LAMal (DTF 130 V 448).

Circa la questione quando cure dentarie conseguenti a infermità congenita sono da ritenersi necessarie dopo il 20° anno di età, ciò che costituisce il presupposto perché siano assunte

dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo l'art. 19a cpv. 1 lett. a OPre, il Tribunale ha stabilito, precisando la propria giurisprudenza al proposito, pubblicata in DTF 129 V 80, che tale necessità dev'essere riconducibile a ragioni d'indicazione medica; l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non può essere chiamata a rispondere delle spese occasionate da trattamenti che avrebbero potuto essere eseguiti prima del 20° anno di età e che sarebbero andati a carico dell'assicurazione per l'invalidità, ma che non sono stati eseguiti per motivi esulanti dalla sfera d'influenza dell'assicuratore malattia (DTF 130 V 294). Se, malgrado l'esistenza della richiesta indicazione medica, l'intervento viene procrastinato per anni o addirittura decenni (nella fattispecie: fino al 53° anno d'età), non è più data la necessità di una cura dentaria per infermità congenita da effettuare dopo il 20° anno di età (DTF 130 V 459). L'interpretazione restrittiva della nozione indeterminata di malattia sistemica è conforme al principio generale secondo cui l'assunzione delle spese per cure dentarie rappresenta l'eccezione; la decisione del Dipartimento federale dell'interno di non inserire la patologia tumorale al seno nell'elenco oggetto dell'art. 18 cpv. 1 OPre non costituisce uno sconfinamento manifesto dal quadro delle competenze delegate dall'art. 31 cpv. 1 lett. b LAMal; la norma dell'ordinanza è conforme alla legge e alla Costituzione (DTF 130 V 472). Nella cura dentaria dei denti del giudizio la nozione qualificata di malattia, presupposta dall'art. 17 lett. a n. 2 Opre per l'assunzione delle spese da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, si riferisce sia alla patologia sia ai provvedimenti necessari per eliminare o attenuare quest'ultima; tenuto conto delle possibilità di trattamento più semplici in caso di dislocazione dei denti del giudizio, non basta l'esistenza di qualsiasi tipo di fenomeno patologico per giustificare un'assunzione delle spese che si giustificerebbe invece per altre dislocazioni dentarie (DTF 130 V 464).

In materia di assunzione delle spese di un'operazione di riduzione mammaria, il Tribunale ha stabilito che occorre in primo luogo domandarsi se provvedimenti conservativi – in particolare, in presenza di dolori dorsali, una fisioterapia – rappresentavano o avrebbero potuto rappresentare un'efficace possibilità di trattamento alternativo; in caso affermativo, va esaminato quale, tra le due, sia la prestazione più appropriata; nella fattispecie è stata ritenuta l'efficacia di una fisioterapia per la cura di dolori alla nuca e alle spalle; poiché in base agli elementi disponibili non era possibile determinare quale delle due prestazioni fosse da considerare come più appropriata, la causa è stata rinviata al tribunale cantonale delle assicurazioni per l'allestimento di una perizia (DTF 130 V 299). In due cause il tribunale s'è pronunciato sull'assunzione delle spese di ergoterapia da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Nella prima causa esso ha rilevato che, in caso di disturbi dello sviluppo motorio (F 82, ICD-10), l'ergoterapia costituisce una prestazione obbligatoria dell'assicurazione malattia soltanto in presenza di una disfunzione grave con conseguenze somatiche che limitano notevolmente il bambino interessato nella sua vita quotidiana (DTF 130 V 284). In una causa giudicata poco tempo dopo, il Tribunale ha aggiunto che la scheda segnaletica elaborata dalla conferenza di consenso interdisciplinare dei medici e degli assicuratori costituisce soltanto uno strumento di lavoro per rispondere al quesito dell'obbligo di assunzione; non si può concludere che, a partire da un determinato punteggio, debba essere ammessa l'esistenza di una grave disfunzione e, di conseguenza, di un obbligo di assunzione delle spese (DTF 130 V 288).

Le spese di accompagnamento da parte di un medico (indicato dal profilo medico) non fanno parte delle spese di trasposto ai sensi dell'art. 25 cpv. 2 lett. g LAMal, bensì vanno rimborsate come prestazioni mediche ai sensi dell'art. 25 cpv. 2 lett. a LAMal (DTF 130 V 424).

In un'altra causa il Tribunale si è occupato dell'assunzione da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie di un medicamento figurante nell'elenco delle specialità ma che era stato somministrato per un'indicazione diversa da quella ammessa (off-label-use); esso ha considerato, in particolare, che la limitazione operata dall'UFAS per quanto riguarda le indicazioni mediche (art. 73 OAMal) può riferirsi soltanto alle indicazioni terapeutiche per le quali Swissmedic ha autorizzato la commercializzazione del prodotto; l'esame da parte dell'UFAS e della Commissione federale dei medicinali dell'efficacia e del carattere appropriato ed economico di un medicamento si riferisce solo alle indicazioni terapeutiche esaminate ed approvate da Swissmedic; un medicamento figurante nell'elenco delle

specialità, utilizzato per altre indicazioni, non può – in linea di principio e fatte salve due fattispecie derogatorie – andare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (DTF 130 V 532).

In mancanza di disposizioni speciali della LAMal, l'art. 21 LPGa, secondo il quale le prestazioni possono essere ridotte solo quando l'evento assicurato sia stato provocato intenzionalmente e non già per negligenza grave dell'assicurato, è applicabile anche nell'ambito dell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera ai sensi degli art. 67 segg. LAMal; con riferimento al caso concreto, il Tribunale, tenuto conto della giurisprudenza pubblicata in DTF 119 V 171 e della recente tendenza legislativa, ha accertato che già nel 2002 non era (più) ravvisabile nella riduzione delle prestazioni per negligenza grave un principio fondamentale del diritto delle assicurazioni sociali (DTF 130 V 546).

Risolvendo la questione lasciata indecisa in RAMI 2003 no. KV 250 pag. 225 concernente la disciplina giuridica prevista dall'art. 56 LAMal, il Tribunale ha giudicato che l'obbligo di restituzione per trattamento non economico comprende anche il rimborso delle spese per prestazioni fornite su disposizione del medico nonché dei medicinali da lui prescritti e forniti dal farmacista (DTF 130 V 377).

Il Tribunale ha confermato che il Dipartimento federale dell'interno aveva validi motivi per ritirare l'autorizzazione di esercitare l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie a un assicuratore malattia; la società in questione presentava un'eccedenza di debiti che aveva determinato l'avviso al giudice ai sensi dell'art. 725 cpv. 2 CO; essa non aveva inoltre proposto, dal profilo finanziario, misure concrete atte a risanare la situazione a breve termine (DTF 130 V 196).

Circa la competenza e la procedura per far valere, se del caso giudizialmente, l'assunzione, da parte del cantone di domicilio, della differenza dei costi in caso di ospedalizzazione fuori cantone (41 cpv. 3 prima frase LAMal), il Tribunale ha rilevato che anche dopo l'entrata in vigore della LPGa spetta di massima ai Cantoni di disciplinare a livello cantonale tale competenza e procedura; nella stessa sentenza il Tribunale ha stabilito che gli assicuratori malattia non hanno la facoltà di emanare decisioni nei confronti di un altro assicuratore malattia; in caso di lite fra di loro, essi devono rivolgersi direttamente al tribunale cantonale delle assicurazioni sociali territorialmente competente secondo l'art. 87 LAMal (DTF 130 V 215). Una persona ospedalizzata nel reparto comune di una clinica privata del cantone in cui abita, clinica figurante nell'elenco degli stabilimenti ospedalieri, non può – o per essa il suo assicuratore malattia – pretendere da questo cantone la quota delle spese a carico del cantone in un ospedale pubblico o sussidiato dall'ente pubblico; ciò risulta dall'interpretazione dell'art. 49 cpv. 1 seconda frase LAMal (DTF 130 V 479).

È gratuita la procedura dinanzi al Tribunale federale delle assicurazioni che oppone un assicurato al cantone di domicilio a proposito dell'obbligo di quest'ultimo, previsto dall'art. 41 cpv. 3 LAMal, di pagare la differenza delle spese in caso di ospedalizzazione in un altro cantone per ragioni mediche. Ciò non è il caso se la lite oppone un assicuratore malattia al cantone di domicilio (DTF 130 V 87).

f. Assicurazione contro gli infortuni

In materia di assoggettamento all'obbligo assicurativo in caso di concubinato, il Tribunale ha stabilito che la persona che vive in concubinato, la cui attività consiste nella conduzione dell'economia domestica comune e che, per questa attività, oltre a ricevere prestazioni in natura (vitto e alloggio) e un eventuale spillatico, riceve altresì un salario in contanti nell'ambito di un contratto di lavoro, non rientra nella cerchia di persone esentate dall'obbligo di assicurazione ai sensi dell'art. 2 cpv. 1 lett. g OAINF (DTF 130 V 553).

L'esistenza di un fattore esterno straordinario, ravvisabile in un movimento non programmato ("movimento non coordinato") ostacolante il normale e usuale processo motorio, dev'essere ammessa nel caso di un check alla balaustra nel quadro di un incontro di disco su ghiaccio (DTF 130 V 117).

In una causa concernente il diritto all'indennità giornaliera di una persona prepensionata, il Tribunale ha giudicato che, in mancanza di una perdita di guadagno, l'assicurato prepensionato vittima di un infortunio durante il termine suppletivo di copertura di cui all'art. 3 cpv. 2 LAINF non ha diritto alle indennità giornaliere dell'assicurazione contro gli infortuni (DTF 130 V 35).

Una rendita dell'assicurazione contro gli infortuni, assegnata prima del raggiungimento dell'età AVS, dev'essere fissata a titolo di rendita complementare in caso di concorso con una rendita AVS che sostituisce una rendita dell'assicurazione per l'invalidità accordata esclusivamente a causa di malattia; nell'ordinanza non è ravvisabile una lacuna che debba essere colmata dal Tribunale, anche se possa apparire insoddisfacente che il raggiungimento dell'età AVS comporti nel caso concreto una riduzione dell'insieme delle prestazioni; non è peraltro compito del tribunale delle assicurazioni sociali, bensì eventualmente del legislatore o dell'autore dell'ordinanza, di disciplinare diversamente tale aspetto (DTF 130 V 39).

Nell'ambito della prevenzione degli infortuni, il Tribunale ha stabilito che, in sede d'esame del diritto all'indennità giornaliera di transizione ai sensi dell'art. 83 OPI o all'indennità per cambiamento d'occupazione ai sensi dell'art. 86 OPI, non si deve tener conto delle prestazioni degli altri assicuratori sociali; queste vengono considerate solo per determinare l'importo dell'indennità; ciò, in considerazione delle regole che disciplinano il concorso e il cumulo delle prestazioni e un eventuale sovraindennizzo; per "altre prestazioni assicurative" ai sensi dell'art. 84 cpv. 2 LAINF sono da intendersi esclusivamente altre prestazioni dell'assicurazione contro gli infortuni (DTF 130 V 433).

L'assicuratore infortuni che abbia assunto a proprio carico spese di cura e il versamento d'indennità giornaliera ha la possibilità di porre fine, con effetto ex nunc et pro futuro, al proprio obbligo prestativo inizialmente riconosciuto nella menzionata misura, senza doversi richiamare a un motivo di revoca (riconsiderazione o revisione processuale); egli ha la possibilità di liquidare il caso invocando il fatto che – in base a un esame corretto della situazione – un evento assicurato in realtà non era mai intervenuto (DTF 130 V 380).

g. Assicurazione militare

In tale ambito assicurativo il Tribunale ha deciso che il diritto alla riforma professionale secondo la LAM presuppone – come nell'assicurazione per l'invalidità – una durevole perdita di guadagno pari a circa il 20%, dovuta a invalidità; al proposito è applicabile per analogia la giurisprudenza sviluppata in relazione all'art. 17 LAI (nella versione in vigore fino al 31 dicembre 2003) (DTF 130 V 488).

h. Assicurazione contro la disoccupazione

Il principio della protezione assicurativa deve avere la precedenza su quello dell'obbligo contributivo; nulla osta quindi a una ripetuta esenzione dall'obbligo contributivo dovuta a malattia; può di conseguenza essere aperto un nuovo termine quadro in virtù dell'esonero, in seguito a malattia, dall'adempimento del periodo di contribuzione, anche se un precedente termine quadro era già stato aperto per gli stessi motivi (DTF 130 V 229). Modificando la propria giurisprudenza pubblicata in DTF 112 V 226 consid. 2d, il Tribunale ha giudicato che la compensazione del diritto alle vacanze sotto forma di supplemento al salario orario o mensile non determina un aumento del periodo di contribuzione computabile corrispondente all'indennità di vacanze commutata in giorni o settimane di vacanze (DTF 130 V 492).

Il Tribunale ha dichiarato contrario alla legge il testo in vigore dal 1° giugno 2002 della cifra marginale C53 della circolare del Segretariato di Stato dell'economia concernente l'indennità di disoccupazione (ID) che, per determinare l'indennità giornaliera, limita l'obbligo di mantenimento dei figli sino a che questi abbiano compiuto il 25° anno di età; una limitazione temporale assoluta dell'obbligo di mantenimento al compimento del 25° anno di età non esiste infatti nel diritto civile (DTF 130 V 237).

Riferendosi alla propria giurisprudenza precedente, il Tribunale ha chiarito, per quanto concerne la durata della sospensione del diritto alle prestazioni, che, in presenza di valido motivo, neppure il rifiuto di un'occupazione adeguata assegnata implica necessariamente una colpa grave; è da considerare valido un motivo che lasci apparire la colpa come mediamente grave oppure lieve; un simile motivo può, nel singolo caso, essere ricondotto alla situazione soggettiva della persona interessata oppure a circostanze oggettive (DTF 130 V 125). Nel precisare la giurisprudenza pubblicata in DTF 125 V 193, il Tribunale ha giudicato che nei confronti degli assicurati i quali, senza valido motivo, omettono di segnalare tempestivamente la propria incapacità lavorativa può, in caso di ripetuta violazione, essere decisa, oltre la decadenza dal diritto alle indennità giornaliere ai sensi dell'art. 42 cpv. 2 OADI, anche una sospensione del diritto alle prestazioni ai sensi dell'art. 30 cpv. 1 lett. e LADI (DTF 130 V 385).

Il Tribunale ha avuto altresì occasione di pronunciarsi sul diritto a un'indennità per lavoro ridotto e intemperie nell'ambito di un regime orario aziendale flessibile; esso ha rilevato che l'art. 46 cpv. 2 e l'art. 66a cpv. 2 OADI (nel loro testo in vigore dal 1° gennaio 2000), i quali definiscono le condizioni del lavoro ridotto nel quadro di un regime orario aziendale flessibile, sono conformi alla legge e alla Costituzione; interpretando il Contratto nazionale mantello dell'edilizia e del genio civile 1998–2000 del 13 febbraio 1998, il Tribunale ha giudicato che l'art. 26 di detto Contratto nazionale prevede un regime orario aziendale flessibile ai sensi delle menzionate disposizioni dell'ordinanza (DTF 130 V 309).

2. Procedura

In via eccezionale il giudice delle assicurazioni sociali può, per ragioni di economia processuale, considerare ai fini della sua valutazione anche uno stato di fatto posteriore alla data di emanazione della decisione amministrativa impugnata ed estendere così temporalmente l'oggetto della lite; tale modo di procedere è tuttavia soltanto lecito nella misura in cui lo stato di fatto subentrato successivamente alla decisione impugnata e suscettibile di determinare una nuova valutazione giuridica della lite a partire da tale data sia stato sufficientemente accertato nel rispetto dei diritti procedurali delle parti, in particolare del loro diritto di essere sentite; se l'autorità di ricorso ha proceduto ad un'estensione (temporale) dell'oggetto della lite nell'ambito della procedura giudiziaria amministrativa di prima istanza, l'effetto devolutivo, in caso di successivo ricorso al Tribunale federale delle assicurazioni, si estende all'intero oggetto così ampliato (DTF 130 V 138).

Sempre in materia di procedura, il Tribunale ha stabilito che anche sotto l'egida della LPGA l'emanazione di una decisione costituisce un presupposto indispensabile per il giudizio di merito nella susseguente procedura di ricorso amministrativo o di diritto amministrativo; in assenza di una sua concretizzazione più precisa nell'art. 49 cpv. 1 LPGA, la nozione di decisione coincide con quella dell'art. 5 cpv. 1 PA; per la procedura di ricorso cantonale, la nozione di interesse degno di protezione ai sensi dell'art. 59 LPGA dev'essere interpretata, sotto il profilo sostanziale, allo stesso modo di quella risultante dall'art. 103 lett. a OG per la procedura federale di diritto amministrativo; in relazione ai presupposti di una decisione di accertamento, il Tribunale ha stabilito che, ai fini dell'interpretazione della nozione di "interesse degno di protezione" di cui all'art. 49 cpv. 2 LPGA è determinante la giurisprudenza concernente l'interpretazione della nozione di "interesse degno di protezione" evocato nell'art. 25 cpv. 2 PA; oggetto di una decisione di accertamento ai sensi dell'art. 49 cpv. 2 LPGA possono essere soltanto diritti e obblighi (conseguenze giuridiche) individuali concreti, non invece accertamenti fattuali (DTF 130 V 388). Con riferimento all'art. 82 cpv. 2 LPGA che ordina l'adeguamento a tale legge nel termine di cinque anni dalla sua entrata in vigore delle disposizioni cantonali con essa incompatibili, il Tribunale ha rilevato che tale norma transitoria non intacca la validità principale e prioritaria del diritto procedurale cantonale conforme alla LPGA per la procedura di ricorso dinanzi al tribunale delle assicurazioni sociali; esso ha altresì chiarito che la LPGA non prevede alcun diritto d'interpretazione dei giudizi cantonali; unicamente per la procedura amministrativa dinanzi agli assicuratori sociali potrebbe eventualmente, in virtù dell'art. 55 cpv.

1 LPGA, entrare in considerazione in via sussidiaria un diritto d'interpretazione ai sensi dell'art. 69 PA (DTF 130 V 320).

L'entrata in vigore della LPGA ha reso priva d'oggetto la giurisprudenza pubblicata in DTF 114 V 145, secondo la quale il ricorso per denegata giustizia dev'essere presentato all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali; l'art. 56 cpv. 2 LPGA stabilisce espressamente che il diniego di giustizia può essere fatto valere con ricorso al competente tribunale cantonale delle assicurazioni; conformemente al principio secondo il quale, dopo l'inizio della procedura, non è ammessa una modifica del foro (perpetuatio fori), la competenza si determina in funzione della data di apertura della procedura; nella stessa sentenza è stato rilevato che una sospensione della procedura può essere ammessa solo eccezionalmente, in particolare ove si tratti di attendere la decisione di un'altra autorità che permetta di statuire su una questione decisiva (DTF 130 V 90).

Il Tribunale ha potuto lasciare indecisa la questione se in materia di restituzione di prestazioni indebitamente riscosse fosse applicabile l'art. 25 LPGA in un caso in cui la decisione su opposizione era stata emanata dopo l'entrata in vigore della LPGA ma concerneva prestazioni assegnate prima del 1° gennaio 2003; la questione non rivestiva un'importanza decisiva, nella misura in cui i principi applicabili alla restituzione secondo la LPGA risultano dalla disciplina e dalla giurisprudenza precedenti (DTF 130 V 318).

L'art. 86 del regolamento comunitario n. 1408/71 non disciplina il modo di calcolare il termine di ricorso stabilito dall'ordinamento procedurale nazionale; fatti salvi i principi dell'equivalenza e dell'effettività, il diritto dello Stato competente è quindi determinante anche per il computo del termine; il computo del termine di 30 giorni previsto all'art. 106 OG per interporre ricorso di diritto amministrativo non viola i principi dell'equivalenza e dell'effettività (DTF 130 V 132).

In materia di procedura di opposizione secondo la LPGA, il Tribunale ha giudicato che l'opponente, che in caso di soccombenza avrebbe potuto beneficiare dell'assistenza giudiziaria, ha diritto a un'indennità per ripetibili se risulta vincente in causa; lasciata indecisa la questione se il diritto a un'indennità per ripetibili possa essere riconosciuto anche in altre situazioni eccezionali, come ad esempio in caso di dispendio o difficoltà particolari (DTF 130 V 570).