

All'Assemblea federale
3003 Berna

Rapporto
del Tribunale federale delle assicurazioni
sulla sua gestione nel 1997

del 31 dicembre 1997

Onorevoli Signori Presidenti,
Gentili Signore, Egregi 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 1997.

Con riferimento al carico di lavoro devono essere segnalati soprattutto due dati: il numero dei casi evasi, che sino ad oggi non è mai stato così alto, e quello dei ricorsi inoltrati nel corso dell'anno, il quale ha subito un ulteriore, preoccupante incremento. A questo proposito ci permettiamo di rinviare a quanto esposto alla cifra II di questo rapporto.

Gradiscano, Onorevoli Signori Presidenti, Gentili Signore ed Egregi Signori, l'espressione della nostra più alta considerazione.

31 dicembre 1997 In nome del Tribunale federale delle assicurazioni:

La presidente: Widmer
Il segretario generale: Medici

Allegato: Sunto della giurisprudenza pubblicata nel 1997

A. COMPOSIZIONE DEL TRIBUNALE

L'Assemblea federale ha eletto a giudici federali supplenti il 18 giugno il signor lic. jur. Jürg Maeschi e il successivo 17 dicembre il signor dott. jur. Gerold R. Zollikofer, i quali succedono ai dimissionari Hans Fleischli e Hans Brönnimann.

L'Assemblea federale ha pure eletto i signori giudici federali Ulrich Meyer-Blaser e Alois Lustenberger a presidente rispettivamente vicepresidente del Tribunale per gli anni 1998/1999.

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 18 settembre a Losanna (art. 127 cpv. 3 OG). In occasione di questo incontro è stato trattato il tema "Riforma della giustizia e misure d'urgenza". Due giudici e il segretario generale hanno inoltre partecipato ai lavori della Commissione per l'informatica dei due tribunali.

II. Volume delle cause

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 delle procedure per ogni ramo assicurativo. Il numero delle nuove cause inoltrate ammonta a 2019 (1866), ciò che corrisponde ad un incremento rispetto all'anno scorso di 153 casi. Deve essere notato che, per la prima volta nella storia del Tribunale, il numero delle nuove entrate ha superato, in un anno, la cifra di 2000. Per ramo assicurativo, vi è stato un aumento di cause introdotte nel campo dell'assicurazione per l'invalidità (+ 60), in quello delle prestazioni complementari (+ 4), della previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (+ 13), dell'assicurazione contro le malattie (+ 46), dell'assicurazione contro gli infortuni, compresa la prevenzione delle malattie professionali (+ 56) così come dell'assicurazione contro la disoccupazione (+ 15). Una diminuzione è invece intervenuta nell'ambito dell'assicurazione vecchiaia e superstiti (- 31), dell'assicurazione militare (- 8), dell'ordinamento delle indennità per perdita di guadagno in caso di servizio militare o di protezione civile (- 1) così come in materia di rapporti di servizio del personale (- 1). Complessivamente sono stati liquidati 1755 (1632) casi, ciò che corrisponde quindi a 123 cause in più rispetto all'anno scorso. Malgrado l'effettivo del personale sia rimasto invariato rispetto agli anni precedenti, il Tribunale ha liquidato quest'anno il numero più alto di casi liquidati mai fatto registrare sinora. I giudici supplenti hanno, dal canto loro, trattato 135 (197) cause. Il 31 dicembre ne erano pendenti complessivamente ancora 1602 (1338). La durata media delle procedure è stata di nove 9 (8) mesi.

Tribunale federale delle assicurazioni

Con 2019 nuove cause il carico di lavoro è aumentato di circa l'8 % (10 %). Sebbene rispetto all'anno precedente siano stati trattati 123 ricorsi in più, non è stato possibile impedire l'incremento delle pendenze che, a fine anno, ammontavano a 264 unità. Da tre anni si assiste ad un aumento annuale delle entrate del 9 % in media, percentuale mai raggiunta sinora. Alla luce di questi dati, il Tribunale ha appreso con soddisfazione che il Parlamento, in sede di approvazione del preventivo 1998, ha deciso di accordargli il richiesto aumento dell'effettivo dei cancellieri/e, nella misura di tre unità, e di concedergli un ulteriore collaboratore/collaboratrice amministrativo/a. Questa misura permetterà di meglio far fronte, a breve scadenza, alla mole crescente di lavoro; non è tuttavia ancora idonea a sgravare nella misura sufficiente il collegio giudicante.

In considerazione dell'enorme mole di lavoro cui i Tribunali federali sono confrontati, la riforma della giustizia e la revisione totale della procedura federale s'impongono più che mai con urgenza ed esigono un esame prioritario, da condurre separatamente dalla riforma della Costituzione.

III. Organizzazione e effettivo del personale del Tribunale

L'organizzazione del Tribunale non ha subito modificazioni. L'effettivo del personale è attualmente di 54 posti: 29 cancellieri/e e segretari/e; 3 collaboratori/trici occupati nel servizio informatico, in parte attivi a Losanna; 4 collaboratori/trici del servizio di documentazione; 14 tra funzionari/e e impiegati/e dei servizi di cancelleria e di amministrazione e 4 posti di ausiliari.

IV. Interpellazione Suter

Le Commissioni sulla gestione hanno, in data 2 aprile, invitato il Tribunale a determinarsi per iscritto sull'interpellazione Suter del 22 marzo 1996 "Sull'attività del Tribunale federale delle assicurazioni". Il 2 giugno il Tribunale ha inoltrato il relativo rapporto.

V. Informatica

È stato realizzato il progetto BRABIB, comune ad ambedue i Tribunali federali ed inteso ad applicare l'informatica all'amministrazione della biblioteca.

VI. Ampliamento dello stabile del Tribunale

L'Avamprogetto sulla Legge federale del Tribunale federale, elaborato dalla Commissione peritale della revisione totale dell'organizzazione giudiziaria nel giugno 1997, prevede l'integrazione totale del Tribunale federale delle assicurazioni nel Tribunale federale. Dopo aver preso conoscenza di queste proposte legislative, il Tribunale ha ottenuto dal Dipartimento federale delle finanze l'autorizzazione di portare a termine i lavori di progettazione per l'ampliamento e la ristrutturazione dello stabile del Tribunale. L'inoltro della domanda di costruzione alle competenti autorità lucernesi è avvenuto in luglio. Dopo l'ottenimento del permesso di costruzione, che costituisce la premessa necessaria per la pubblicazione del progetto nel messaggio relativo all'ampliamento e

Tribunale federale delle assicurazioni

alla ristrutturazione dello stabile, il Tribunale deciderà sul da farsi. L'ormai cronica mancanza di spazio rende sempre più difficile le condizioni di lavoro e il funzionamento del Tribunale.

C. STATISTICA 1997

I. Tabelle

1. Natura delle cause e modo di liquidazione

	Liquidazione negli anni precedenti				Modo di liquidazione				Durata media del processo in mesi						
	Ripartimento				Stralcio (Ritiro ecc.)	Imicevibilità	Reitezione	Ammissione		Rinvio					
	1993	1994	1995	1996							Riporto dal 1996	Entrate	Totale pendenti	Liquidate	Riporto al 1998
a. Assicurazione per la vecchiaia e i superstiti	332	366	338	329	279	350	629	340	289	12	64	167	44	53	9,6
b. Ass. per l'invalidità	461	412	372	418	350	587	937	516	421	12	42	288	77	97	8,1
c. Prestazioni complementari all'AVS/AI	73	71	65	62	56	66	122	65	57	3	7	31	15	9	12,8
d. Previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità	43	66	38	56	54	62	116	57	59	3	6	21	22	5	13,7
e. Ass. contro le malattie	185	202	203	158	122	210	332	160	172	5	31	82	23	19	9,1
f. Assicurazione contro gli infortuni	189	223	189	257	210	325	535	220	315	6	8	138	18	50	10,5
g. Assicurazione militare	21	13	9	12	8	3	11	9	2	--	--	5	2	2	12
h. Ord. sulle indennità per perdita di guadagno	6	3	2	1	1	1	2	2	--	--	--	2	--	--	5,3
i. Assegni familiari nell'agricoltura	2	2	1	--	1	1	2	2	--	--	1	1	--	--	6,5
k. Assicurazione contro la disoccupazione	168	294	313	339	256	414	670	383	287	12	41	199	86	45	8,0
l. Ricorsi in materia di rapporto di servizio del personale	--	--	--	--	1	--	1	1	--	--	--	1	--	--	5,9
Totale	1480	1652	1530	1632	1338	2019	3357	1755	1602	53	200	935	287	280	9,1
						1)		2)	3)						4)

1) Di cui inoltrate dagli assicurati: 1638; dagli istituti di assicurazione e dall'autorità di sorveglianza: 381

Ripartizione linguistica: tedesco 1295 = 64 %; francese 524 = 26 %; italiano 200 = 10 %

2) Di cui liquidate secondo l'art. 36a OG: 399

3) Di cui entrate nel 1995: 18; 1996: 214; 1997: 1370

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

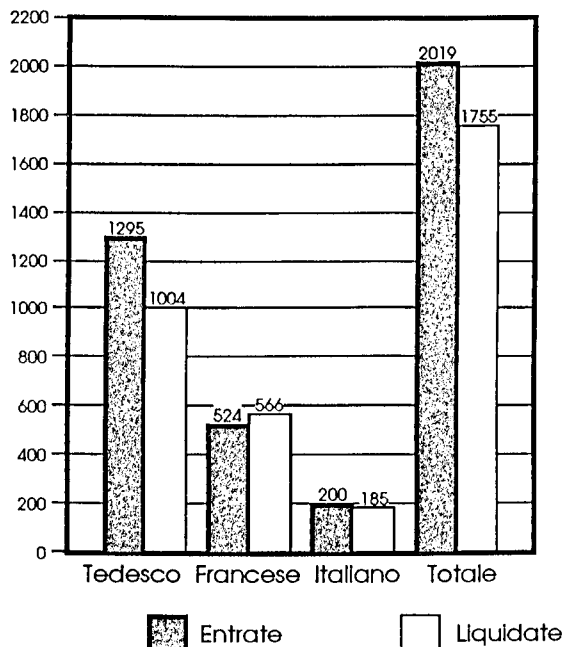
2. Liquidazione secondo le lingue e per camere

Secondo le lingue	Casi	%	Per camere	Casi oggetto di deliberazione della Corte plenaria
Tedesco	1004	57	Ia Camera (5 giudici)	7
Francese	566	32	IIa e IIIa Camera (3 giudici)	Deliberazioni pubbliche
Italiano	185 = 1755	11 = 100	1755	(Art. 17 OG) 13

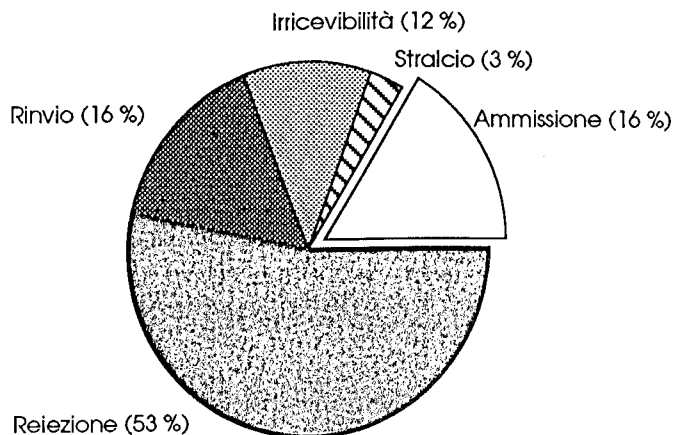
II. Presentazione grafica

3. Presentazione grafica delle tabelle 1. e 2.

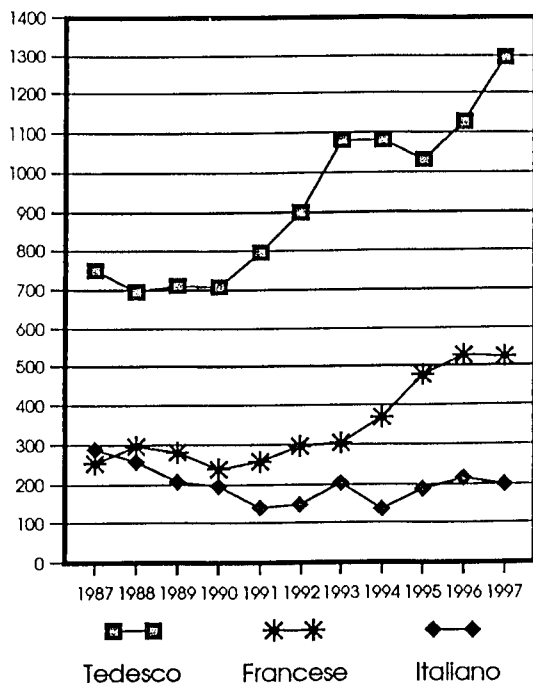
a) Cause scordo le lingue 1997



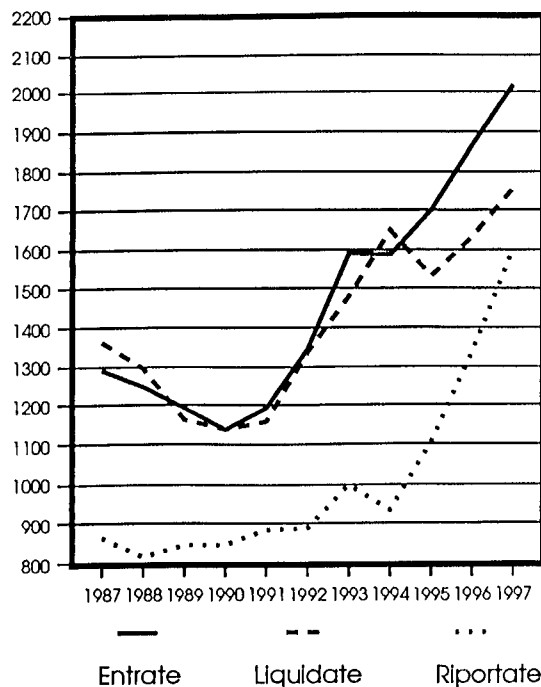
b) Modo di liquidazione 1997



c) Cause introdotte per lingue dal 1987 al 1997



d) Cause introdotte, liquidate e riportate dal 1987 al 1997



VII. Sunto della giurisprudenza pubblicata nel 1997

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

1. Diritto materiale

a. Assicurazione vecchiaia e superstiti

In tema di affiliazione, il Tribunale ha deciso che il termine di sei mesi a partire dalla firma dello scambio di lettere relativo allo statuto dei funzionari internazionali di cittadinanza elvetica riguardo alle assicurazioni sociali svizzere, impartito ai funzionari già al servizio di un'organizzazione internazionale - in concreto l'Organizzazione mondiale della salute - per l'inoltro di una richiesta d'adesione all'AVS/AI/IPG/AD o solo all'AD, è di carattere imperativo e non può essere prorogato né dall'amministrazione né dal giudice (DTF 123 V 1).

Il Tribunale è stato ripetutamente chiamato ad esaminare l'esistenza di un reddito soggetto a contribuzione. Esso ha avuto modo di precisare che, contrariamente alle prestazioni versate al lavoratore in virtù dell'art. 337c cpv. 1 CO, le "indennità" spettantegli giusta gli art. 336a e 337c cpv. 3 CO a seguito di disdetta abusiva o di licenziamento immediato ingiustificato non fanno parte del salario determinante (DTF 123 V 5). La Corte si è inoltre occupata della nozione di indennità di buonuscita ai sensi dell'art. 6 cpv. 2 lett. i OAVS, concludendo, nel caso concreto, che le indennità riconosciute dal datore di lavoro ai propri salariati al fine di attenuare le conseguenze economiche di un licenziamento collettivo non costituiscono prestazioni di previdenza assegnate facoltativamente giusta l'art. 6^{bis} OAVS, le quali sono esenti da contributi (sentenza Istituto X del 3 dicembre). Dopo aver discusso, in un'altra procedura, il principio dell'indipendenza dell'ufficio di revisione, ai sensi del vecchio e del nuovo diritto della società anonima, ha dichiarato essere contraria alla legge la disposizione dell'art. 7 lett. h OAVS, nella misura in cui considera salario determinante le indennità versate ad una persona che esercita l'attività di revisore di una società anonima a titolo accessorio (sentenza M. AG del 30 settembre).

La Corte si è d'altra parte espressa in diverse sentenze sul tema della responsabilità del datore di lavoro per il danno causato alle assicurazioni sociali a motivo del mancato pagamento di contributi paritetici giusta l'art. 52 LAVS. Modificando la sua giurisprudenza, ha riconosciuto la legittimazione della Cassa di compensazione a pretendere il risarcimento del danno al titolare di una ditta individuale fallito, benché sussistesse identità fra debitore dei contributi e responsabile del pregiudizio (sentenza C. del 16 ottobre). In un'altra procedura ha asserito che l'amministratore di una società anonima risponde del danno provocato alla Cassa a partire dalla sua entrata effettiva nel consiglio di amministrazione, senza riguardo alla data di iscrizione nel registro di commercio (sentenza D. del 21 ottobre). Ha inoltre deciso, dopo aver proceduto ad uno scambio di opinioni con la Camera di esecuzione e fallimenti del Tribunale federale, che il credito relativo al risarcimento ex art. 52 LAVS sorge il giorno in cui il danno è causato, di modo che, in caso di fallimento del datore di lavoro, fa stato il momento dell'apertura del fallimento. Qualora il fallimento sia in seguito dichiarato anche nei confronti di un organo della società

datrice di lavoro, un'eventuale pretesa risarcitoria, fondata sulla responsabilità sussidiaria degli organi, non può più essere fatta valere direttamente avverso l'organo medesimo, ma soltanto contro l'amministrazione del fallimento (DTF 123 V 12).

In tema di procedura, è stata ammessa la legittimazione di un Comune a impugnare una decisione di una Cassa di compensazione concernente il condono di contributi, qualora esso sia tenuto, in virtù della legislazione cantonale, ad assumersi integralmente il pagamento del contributo minimo degli assicurati esonerati dall'obbligo di corrisponderlo (DTF 123 V 113).

b. Assicurazione per l'invalidità

In una lite concernente la consegna di una carrozzella con motore elettrico, il Tribunale, precisando la sua giurisprudenza, ha stabilito che la fissazione del prezzo limite da parte dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali nelle Direttive sulla consegna di mezzi ausiliari nell'assicurazione per l'invalidità (DMAI) non deve avere per effetto d'impedire ad un assicurato di beneficiare di un modello più caro, che per le sue caratteristiche risulta però meglio adeguato al suo stato invalidante (DTF 123 V 18).

In un'altra sentenza, ha statuito che l'indennità giornaliera versata dall'assicurazione per l'invalidità durante la ricerca di un impiego non può continuare ad essere erogata nel periodo di attesa di cinque giorni previsto, adempiuti i presupposti del diritto all'indennità giornaliera, dalla legge sull'assicurazione contro la disoccupazione (DTF 123 V 20).

La Corte ha inoltre accertato la legalità e costituzionalità dell'art. 85^{bis} OAI, in vigore dal 1° gennaio 1994, che attribuisce a talune istituzioni che hanno effettuato anticipi il diritto di postulare il versamento dell'arretrato di una rendita. Dal profilo del diritto transitorio, ha riconosciuto l'applicabilità di detta disposizione a tutte le pratiche ancora pendenti al momento della sua entrata in vigore. Nel caso concreto, ha disatteso la richiesta di pagamento presentata dall'ufficio di assistenza ricorrente, ritenendo non arbitrario e, quindi, non lesivo del diritto federale il parere dell'istanza cantonale, espresso a titolo pregiudiziale, secondo cui la legge sull'assistenza sociale pubblica del Canton Zurigo non contiene alcuna norma che chiaramente conferisce un diritto al rimborso ai sensi dell'art. 85^{bis} cpv. 2 lett. b OAI (DTF 123 V 25).

In un'altra procedura, il Tribunale ha affermato che l'indipendenza e l'imparzialità dei sanitari dei centri medici d'accertamento dell'assicurazione invalidità, richieste dagli art. 4 Cost. e 6 n. 1 CEDU, già erano garantite prima dell'entrata in vigore, il 1° giugno 1994, del nuovo statuto attribuito ai centri medesimi, dal momento che l'influenza dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali era comunque limitata a questioni d'ordine amministrativo-organizzativo. La Corte ha pertanto considerato aver il nuovo statuto permesso di ancorare espressamente il principio, già esistente in precedenza, dell'indipendenza medico-specifica dei periti (sentenza B. del 31 luglio).

Esaminando il caso di un'assicurata che nel periodo intercorrente fra la richiesta di prestazioni e la resa del provvedimento amministrativo si era trasferita in un altro Cantone, la Corte ha stabilito che per giudicare i gravami interposti contro le decisioni degli uffici cantonali AI è, di regola, competente l'autorità di ricorso in materia d'AVS del medesimo Cantone e quindi, nell'evenienza concreta, quella del Cantone in cui l'interessata aveva avuto il suo precedente domicilio (sentenza H. del 7 luglio).

c. Prestazioni complementari all'AVS/AI

In materia di calcolo della prestazione complementare, la Corte ha deciso che i contributi alle spese di soggiorno in una casa di cura versati periodicamente da una Cassa malati in virtù di un'assicurazione per le spese di cura di lunga durata rientrano nelle "altre prestazioni periodiche" ai sensi dell'art. 3 cpv. 1 lett. c LPC e come tali fanno parte del reddito determinante (sentenza N. del 30 giugno).

In un'altra procedura, il Tribunale ha ritenuto che anche la sostanza cui l'assicurato ha rinunciato - in concreto, mediante la concessione di un anticipo ereditario - può essere produttiva di un reddito computabile giusta l'art. 3 cpv. 1 lett. f LPC. In effetti, il fatto che si tratti di beni di rendimento scarso o nullo risulta del tutto irrilevante, considerato come l'interessato avrebbe anche potuto ottenere un utile alienandoli al loro valore venale (DTF 123 V 35). In tema di ammortamento della sostanza, è stato constatato come il terzo capoverso dell'art. 17a OPC-AVS/AI, nel tenore vigente dal 1° gennaio 1995, non implichi, nell'ipotesi di prestazioni decorrenti da un'epoca anteriore, un nuovo calcolo dell'importo computabile della sostanza cui si è rinunciato. Si giustifica in tal caso di prescindere da detto disposto e di tener conto della sostanza computabile considerando gli usuali ammortamenti che sarebbero stati fatti se l'ordinamento non fosse mutato. Nella stessa sentenza il Tribunale si è pronunciato sul tasso d'interesse applicabile in sede di determinazione del reddito ipotetico ricavabile da parti di sostanza cui si è rinunciato. Ha segnatamente precisato che nei casi in cui il tasso di riferimento stabilito in DTF 120 V 186 cpv. 4e non sia ancora conosciuto al momento della resa della decisione, ci si deve riferire ai tassi mensili applicati ai depositi di risparmio dalle banche cantonali, pubblicati nei bollettini della Banca nazionale svizzera, facendo stato la media calcolata sull'arco dei dodici mesi decorrenti dal novembre del secondo anno che precede quello in cui è iniziato il diritto alle prestazioni (sentenza A. del 9 dicembre).

Riguardo alle deduzioni dal reddito determinante ammissibili giusta l'art. 3 cpv. 4 LPC, è stato deciso che le spese supplementari per i pasti consumati fuori casa possono essere annoverate fra quelle necessarie al conseguimento del reddito ai sensi della lett. a della medesima norma nella misura in cui esse superano l'importo stabilito all'art. 11 cpv. 2 OAVS (sentenza I. dell'11 dicembre). D'altra parte, l'entrata in vigore della nuova Legge federale sull'assicurazione malattie non è stata considerata dal Tribunale un motivo giustificante l'abbandono della precedente giurisprudenza relativa al rimborso tramite prestazioni complementari, possibile conformemente all'art. 3 cpv. 4 lett. e LPC, delle spese di una psicoterapia non assunta dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie giusta la LAMal. Nella stessa sentenza la Corte ha pure affrontato il tema dell'incidenza del nuovo diritto in tema di prestazioni complementari sulla copertura di tali spese in regime delle prestazioni complementari medesime (sentenza T. del 3 novembre). Essa ha inoltre riconosciuto la legalità dell'art. 17 cpv. 1 lett. b OMPC-AVS/AI, per il quale le spese di trasporto sono deducibili dal reddito, in base all'art. 3 cpv. 4 lett. g LPC, limitatamente a quelle che derivano da trasferimenti al luogo di trattamento medico più vicino (DTF 123 V 81).

Il Tribunale ha ritenuto, infine, che l'art. 22 cpv. 4 OPC-AVS/AI, entrato in vigore il 1° gennaio 1990, costituisce una base sufficiente per effettuare il pagamento di prestazioni complementari riconosciute con

effetto retroattivo direttamente ad istituzioni che avevano concesso anticipi all'assicurato, senza che debbano essere adempiute ulteriori condizioni (DTF 123 V 118).

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

La Corte ha negato il diritto a una rendita di vecchiaia della previdenza professionale più estesa in difetto della qualità di assicurato al lavoratore che, oltre alle rendite d'invalidità erogate dall'assicurazione per l'invalidità e dall'assicurazione contro gli infortuni, percepisce, in base alla giurisprudenza pubblicata in DTF 116 V 189, una (ridotta) rendita d'invalidità dalla previdenza professionale, esclusa dal regolamento dell'istituto previdenziale (DTF 123 V 122).

Riguardo al diritto a rendita d'invalidità in virtù della LPP, ha affermato che l'assicurato non può pretendere detta prestazione fintantoché fruisce di misure integrative e di indennità giornaliera riconosciutegli dall'assicurazione invalidità (sentenza A. del 29 dicembre). Ad un beneficiario di una mezza rendita dell'assicurazione per l'invalidità, già attivo come indipendente e susseguentemente affiliatosi come salariato ad un istituto di previdenza, il cui preesistente danno alla salute aveva subito in seguito un peggioramento tale da giustificare l'assegnazione di una rendita intera dell'assicurazione invalidità, è stato rifiutato il diritto a prestazioni d'invalidità della previdenza professionale obbligatoria, al loro riconoscimento opponendosi il principio d'assicurazione (sentenza A. del 5 dicembre).

In un'altra procedura, è stato deciso che qualora gli statuti di un ente di previdenza di diritto pubblico non conoscano l'istituto della rendita per vedovo, tale prestazione non può essere accordata in base all'art. 4 cpv. 2 Cost. (sentenza H. del 22 ottobre).

In tema di calcolo del sovraindennizzo nell'ambito della previdenza professionale, il Tribunale ha statuito essere computabile solo il reddito conseguito effettivamente dall'assicurato parzialmente invalido, e non già quello ipoteticamente realizzabile nell'esercizio di un'attività ragionevolmente esigibile. Nella medesima pronunzia, ha affermato che per calcolare il sovraindennizzo ci si deve basare sul guadagno presumibilmente perso dall'assicurato in caso di incapacità totale al guadagno, deducendo dallo stesso i redditi che egli ha effettivamente conseguito utilizzando la sua parziale capacità di lavoro e di guadagno (DTF 123 V 88). In un altro caso, la Corte ha giudicato che nei redditi conteggiabili ai sensi dell'art. 24 cpv. 2 OPP2 rientrano, oltre alle rendite, anche le indennità giornaliera dell'assicurazione contro gli infortuni. Inoltre, ha considerato che un incremento o una diminuzione del diritto nella misura del 10 % costituisce, in linea di principio, una modifica importante della situazione giustificante un adeguamento delle prestazioni ai sensi dell'art. 24 cpv. 5 OPP. È stato invece lasciato insoluto il tema di sapere se gli assegni per figli siano compresi nel guadagno presumibilmente perso giusta l'art. 24 cpv. 1 OPP2 e se tale reddito debba essere adeguato all'evoluzione del rincaro e dei salari reali (sentenza R. del 23 luglio). In applicazione di questi principi, la Corte si è espressa sulla determinazione dell'importo di una rendita d'invalidità nonché sul calcolo del sovraindennizzo nel caso di un assicurato, la cui invalidità era riconducibile in parte ad un infortunio, in parte ad uno stato morboso (sentenza V. del 19 settembre). In un caso, in cui l'assicurato, poi deceduto, aveva lavorato nell'impresa della

propria consorte, ottenendo per le sue prestazioni un'indennità inferiore ai parametri salariali usuali, la Corte ha statuito, infine, che per stabilire il guadagno presumibilmente perso giusta l'art. 24 cpv. 1 OPP2, determinante ai fini del calcolo del sovraindennizzo, fa stato il valore economico realmente attribuibile a detta collaborazione (sentenza B. del 23 dicembre).

e. Assicurazione contro le malattie

In due casi concernenti il tema della partecipazione del Cantone di domicilio dell'assicurato ai costi di un ricovero avvenuto, per motivi d'ordine medico, presso un ospedale situato fuori del medesimo Cantone (art. 41 cpv. 3 LAMal), il Tribunale si è chinato su diverse questioni attinenti al diritto procedurale e materiale. In materia di procedura ha innanzitutto considerato che le cause aventi per oggetto l'interpretazione e l'applicazione dell'art. 41 cpv. 3 LAMal rientrano nel campo del diritto delle assicurazioni sociali, per cui la competenza a deciderle in ultima istanza appartiene, in applicazione dell'art. 128 OG, al Tribunale federale delle assicurazioni. Parte della lite concernente il pagamento della differenza dei costi previsto dall'art. 41 cpv. 3 LAMal è, in primo luogo, accanto al Cantone di domicilio, l'assicurato quale debitore della remunerazione dovuta per le prestazioni effettuate dall'ospedale. La Corte ha tuttavia riconosciuto qualità di parte anche all'assicuratore, qualora, conformemente ad una convenzione stipulata con l'ospedale interessato, sia debitore dell'intera remunerazione o abbia, quale garante, pagato la fattura per la degenza. Ha affermato inoltre che spetta ai Cantoni disciplinare la competenza e la procedura per far valere, se del caso giudizialmente, le pretese nei confronti del Cantone di domicilio dell'assicurato in base all'art. 41 cpv. 3 LAMal. Trattasi, secondo il Tribunale, di diritto procedurale cantonale autonomo, la cui violazione non può quindi essere, di principio, censurata mediante ricorso di diritto amministrativo. Inoltre, dal momento che il pagamento imposto al Cantone di domicilio dell'assicurato secondo la normativa di cui si tratta costituisce una prestazione finanziaria a scopo vincolato ai sensi del diritto sui sussidi, la quale non rientra nella nozione delle prestazioni assicurative giusta l'art. 132 OG, la procedura non è gratuita. Tuttavia, anche in quest'ambito è stata confermata la giurisprudenza giusta la quale al Cantone che soccombe in un processo non possono essere messe a carico le spese giudiziarie. D'altro canto, dal profilo sostanziale, il Tribunale ha concluso che il testo letterale, la sistematica della legge e i lavori preparatori consentono di ritenere che l'obbligo del Cantone di domicilio di assumersi la differenza dei costi giusta l'art. 41 cpv. 3 LAMal sussiste anche qualora l'assicurato soggiorni nel reparto semiprivato o privato di un ospedale pubblico o sussidiato dall'ente pubblico. A questo proposito è sufficiente che l'istituto di cura - o il rispettivo reparto - disponga, quale fornitore di prestazioni, di un'autorizzazione ai sensi dell'art. 39 cpv. 1 LAMal e che il trattamento in un nosocomio situato fuori del Cantone di domicilio dell'assicurato fosse necessario per motivi d'ordine medico. Quale base per determinare l'importo del pagamento esigibile dal Cantone di domicilio dell'assicurato giusta la menzionata normativa, il Tribunale ha ritenuto applicabili le tariffe per il reparto comune valide per i pazienti provenienti da altri Cantoni e per gli abitanti di quello di situazione dell'ospedale (sentenza Cantone Svitto del 16 dicembre). Nel secondo caso, la Corte ha riconosciuto ad una clinica privata (vale a

dire non pubblica o sussidiata dall'ente pubblico), presso la quale un assicurato proveniente da un altro Cantone era stato ricoverato per motivi d'ordine medico, la legittimazione a ricorrere nella lite opponente l'assicurato medesimo al suo Cantone di domicilio. Quest'ultimo aveva rifiutato di assumersi la differenza delle spese di ospedalizzazione giusta l'art. 41 cpv. 3 LAMal, ritenendo essere tale disposto applicabile ai soli ospedali pubblici o sussidiati dall'ente pubblico. Dal profilo materiale, il Tribunale ha condiviso quest'ultimo assunto negando l'obbligo del Cantone di domicilio di assumersi la differenza ai sensi dell'art. 41 cpv. 3 LAMal nel caso di cure stazionarie fornite da un ospedale privato, non pubblico o sussidiato dall'ente pubblico, situato in un altro Cantone. Né può, secondo questa sentenza, in concreto essere ammessa la sussistenza di una lacuna legislativa da colmare dal giudice secondo il suo libero apprezzamento. D'altra parte, nemmeno è possibile giungere a una diversa soluzione procedendo ad una interpretazione della norma in modo conforme alla Costituzione. Il Tribunale ha inoltre considerato che non esiste motivo per esaminare una eventuale incostituzionalità dell'art. 41 cpv. 3 LAMal, segnatamente sotto l'aspetto della libertà di commercio e d'industria, dal momento che un intervento del giudice non entra in linea di conto per la complessità dei quesiti che si pongono dal profilo giuridico, economico e socio-politico (sentenza M. e Clinica X del 19 dicembre).

In deroga al disciplinamento giurisprudenziale vigente sotto l'imperio della LAMI, la Corte, in un'altra procedura, ha deciso che il tribunale arbitrale cantonale istituito giusta l'art. 89 LAMal non è competente ad esaminare gli effetti della clausola d'indicizzazione prevista da una convenzione tariffale conclusa tra un'associazione cantonale di medici e il concordato cantonale delle casse malati, fissante il valore del punto tariffale. In effetti, l'adeguamento al rincaro operato sulla base di una simile clausola convenzionale esige - come la modifica del valore del punto tariffale stesso - l'approvazione del governo cantonale giusta l'art. 46 cpv. 4 LAMal, la quale può a sua volta, conformemente all'art. 53 della legge stessa, essere impugnata innanzi al Consiglio federale (sentenza Associazione dei medici del Cantone di Basilea Campagna del 13 novembre).

In tema di diritto transitorio, si è posta la questione della competenza a statuire su controversie relative alla protezione della situazione acquisita prevista all'art. 102 cpv. 2 LAMal, conformemente alla quale le Cassa malati, adeguando le loro disposizioni in materia di prestazioni medico-sanitarie, devono offrire ai propri assicurati contratti di almeno pari copertura assicurativa rispetto a quella di cui beneficiavano prima. La Corte ha altresì considerato che le cause medesime vanno risolte per la via giudiziaria civile secondo l'art. 47 LSA e non per quella del ricorso di diritto amministrativo (sentenza D. del 29 dicembre).

La Corte si è inoltre espressa sulla procedura di opposizione prevista dal nuovo diritto sull'assicurazione malattie, sancendo anche in quest'ambito l'applicabilità delle regole giurisprudenziali sviluppate nell'ambito dell'assicurazione infortuni. In particolare, giusta questi principi, una valida opposizione non presuppone la forma scritta e qualora la stessa non sia sufficientemente motivata o risulti poco chiara, deve essere data la facoltà all'assicurato di completarla e di rimediare ai difetti (DTF 123 V 128).

f. Assicurazione contro gli infortuni

Nel settore dell'assicurazione contro gli infortuni, è stato deciso che qualora siano dati tutti gli elementi costitutivi dell'infortunio, ad eccezione del fattore esterno straordinario, una rottura della cuffia dei rotatori della spalla è da assimilare ad una lacerazione dei tendini giusta l'art. 9 cpv. 2 lett. f OAINF, rientrando quindi nelle lesioni corporali assimilate ad un infortunio (DTF 123 V 43).

In tema di nesso di causalità adeguata tra il danno alla salute e l'evento assicurato, il Tribunale ha confermato la sua giurisprudenza sviluppata nei casi in cui le menomazioni che tipicamente insorgono a seguito di un "colpo di frusta" alla colonna cervicale, ancorché in parte accertate, sono relegate in secondo piano rispetto ad un marcato quadro psichico. In questa evenienza, l'esame di tale nesso di causalità deve segnatamente avvenire dal punto di vista di un'evoluzione psichica abnorme conseguente ad infortunio. Nella stessa sentenza, è stata mantenuta la giurisprudenza sul nesso di causalità adeguata in presenza di disturbi psichici conseguenti ad infortunio, negando la Corte in particolare un adeguamento della stessa nel senso attribuito al principio della causalità adeguata nell'ambito del diritto della responsabilità civile (DTF 123 V 98).

Il Tribunale ha poi esaminato la nozione di "salario determinante per le rendite in casi speciali" giusta l'art. 24 OAINF in una procedura nella quale trattavasi di fissare la rendita a seguito di diversi infortuni invalidanti, con inizio del diritto alla prestazione più di cinque anni dopo il primo evento infortunistico. In una simile evenienza, in applicazione dell'art. 24 cpv. 2 OAINF, ha considerato determinante il salario che l'assicurato avrebbe presumibilmente ottenuto, senza infortunio, nell'anno precedente l'inizio del diritto alla rendita, nella misura in cui esso sia stato più elevato di quello da ultimo riscosso prima del verificarsi dell'infortunio (DTF 123 V 45).

Per quel che concerne invece la determinazione del guadagno assicurato massimo determinante per il calcolo della rendita d'invalidità ai sensi dell'art. 15 cpv. 3 LAINF, la Corte ha stabilito l'esclusiva applicabilità dell'art. 22 cpv. 1 OAINF nella sua versione in vigore al momento dell'infortunio, qualora quest'ultimo disposto sia stato modificato nel corso dell'anno precedente. È stata in tal modo disattesa l'argomentazione dell'istituto assicuratore, secondo cui, in una simile ipotesi, avrebbero dovuto essere ritenuti, pro rata temporis, ambedue gli importi massimi riferiti all'anno precedente l'infortunio (DTF 123 V 133).

Risposta negativa è infine stata data dalla Corte al quesito di sapere se le regole di procedura che disciplinano l'allestimento di referti peritali (art. 57 segg. PC in relazione con l'art. 19 PA), in particolare quelle relative alla ricusazione (art. 58 PC in relazione con gli art. 22 e 23 OG), siano pure applicabili ai rapporti e alle perizie allestiti da medici interni all'assicurazione (sentenza W. del 24 settembre).

g. Assicurazione militare

Nel caso di un assicurato cui era stata diagnosticata un'intolleranza all'amalgama attraverso il metodo della medicina auricolare, la Corte ha affrontato il quesito di sapere se l'assicurazione militare fosse tenuta ad assumersi i costi della diagnosi e cura (rimozione dell'amalgama ed eliminazione del mercurio). In questo contesto, con riferimento ad altri rami dell'assicurazione sociale (in particolare cfr. art. 32 LAMal), ha

esaminato dettagliatamente genesi e portata della prova d'efficacia di cui all'art. 16 cpv. 2 della nuova LAM, entrata in vigore il 1° gennaio 1994 (DTF 123 V 53).

Ha inoltre deciso che i principi sviluppati dalla giurisprudenza in materia d'assicurazione contro gli infortuni devono pure trovare applicazione nell'ambito dell'assicurazione militare per stabilire se esista un nesso di causalità adeguata tra infortunio e disturbi psichici (DTF 123 V 137).

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

In questo settore le due cause sottoposte all'esame del Tribunale non sono state degne di nota.

i. Assegni familiari nell'agricoltura

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

k. Assicurazione contro la disoccupazione

La Corte è stata ripetutamente chiamata ad esaminare l'esistenza dei presupposti del diritto all'indennità di disoccupazione. Ne ha segnatamente negato l'adempimento nel caso di un assicurato, il quale, licenziato dalla società anonima datrice di lavoro, aveva però continuato ad esserne l'azionista unico ed il solo amministratore. Nell'atteggiamento dell'interessato sono in effetti stati ravvisati gli estremi dell'abuso di diritto volto ad eludere la disposizione dell'art. 31 cpv. 3 lett. c LADI, la quale esclude dal diritto all'indennità per lavoro ridotto il lavoratore che detiene una posizione professionale analoga a quella di un datore di lavoro (sentenza M. del 4 settembre). Con riferimento alla durata minima di contribuzione di sei mesi, necessaria per postulare la concessione di indennità di disoccupazione, la Corte ha stabilito che l'assicurato, che dopo l'avvenuta disdetta chiede e ottiene il pagamento in contanti della prestazione di libero passaggio, non può essere considerato come persona "pensionata prima del raggiungimento dell'età della rendita AVS" ai sensi di legge, di modo che - conformemente alla normativa speciale prevista per simili casi - ha diritto alla computazione non solo dei periodi di contribuzione adempiuti dopo la risoluzione del rapporto di lavoro (DTF 123 V 142). In un'altra procedura, ha ritenuto non costituire lo scioglimento di un concubinato un "motivo analogo" ai sensi dell'art. 14 cpv. 2 LADI. Ad una cittadina svizzera, vissuta per tredici anni all'estero in concubinato con il proprio compagno e padre del figlio nato nel 1992, è stata perciò negata l'esenzione dall'adempimento del periodo di contribuzione (sentenza L. del 27 agosto). Ad un assicurato è stato invece disatteso il diritto a indennità per il breve periodo intercorrente tra due periodi di servizio militare consecutivi per inidoneità al collocamento. La Corte ha respinto, in particolare, l'assunto del giudice cantonale secondo cui la disponibilità dell'interessato all'adempimento di un servizio d'istruzione allo scopo del pagamento di grado di tenente doveva essere equiparata all'accettazione della conclusione, in un futuro prossimo, di un rapporto lavorativo (sentenza B. del 29 settembre).

Riguardo al guadagno assicurato determinante per il calcolo dell'indennità di disoccupazione, è stato constatato che l'indennità giornaliera versata dall'assicurazione per l'invalidità durante l'integrazione costituisce reddito determinante (sentenza R. del 12 agosto). Precisando la sua giurisprudenza, il Tribunale ha giudicato non essere lesiva del diritto federale la prassi amministrativa secondo la quale l'indennità per vacanze non usufruite non dev'essere computata nel calcolo del guadagno assicurato (DTF 123 V 70). In un'altra procedura, concernente il tema della delimitazione tra guadagno accessorio e guadagno intermedio, ha considerato rientrante in quest'ultima categoria il reddito proveniente da un incremento sensibile dell'attività accessoria durante la disoccupazione (sentenza C. del 16 settembre).

In materia di sanzioni, è stata per contro ritenuta abusiva la prassi amministrativa cantonale secondo cui all'assicurato che fa dichiarazioni inveritiere circa le sue ricerche personali di lavoro viene, di regola, comminata la sospensione dal diritto all'indennità per la durata massima prevista nell'ipotesi di colpa grave (DTF 123 V 150).

In due ulteriori procedure il Tribunale si è pronunciato, infine, sul diritto alle indennità per insolvenza. Precisando la sua giurisprudenza, ha stabilito che la Cassa disoccupazione non può far dipendere detto diritto dalla condizione che l'assicurato abbia contestato la graduatoria (DTF 123 V 75). Riguardo al nuovo art. 58 LADI, in vigore dal 1° gennaio 1992, ha precisato che, contrariamente al disciplinamento previgente, il diritto all'indennità per insolvenza insorge già con l'approvazione della moratoria concordataria, più non essendo invece necessaria la conclusione del concordato. Se in seguito viene dichiarato il fallimento del datore di lavoro, il diritto alla medesima indennità non può tuttavia rinascere qualora, insorto al momento della concessione della moratoria concordataria, sia in seguito perento per mancato, o non tempestivo, esercizio (DTF 123 V 106).

2. Procedura

In tema di procedura la Corte ha ritenuto che i provvedimenti amministrativi che sin dall'inizio limitano nel tempo il diritto a prestazioni assicurative configurano, in questa misura, decisioni negative. Ai ricorsi interposti contro tali provvedimenti non può essere attribuito effetto sospensivo (DTF 123 V 39).

In modifica della sua precedente giurisprudenza, il Tribunale ha stabilito di conformarsi alla prassi del Tribunale federale, secondo la quale devono essere ritenuti irricevibili gli atti ricorsuali che, avversi ad una pronuncia di inammissibilità per ragioni formali, si limitano a discutere il merito della causa, non soddisfacendo simili gravami l'esigenza di una motivazione riferita allo specifico oggetto del litigio (sentenza A. del 25 novembre).

È stato inoltre deciso, con un ulteriore cambiamento di giurisprudenza, che le spese giudiziarie dovranno in futuro essere ripartite tra le parti sulla base delle conclusioni formulate dall'insorgente, riferite all'esito della procedura ricorsuale, senza pertanto tener conto delle conclusioni dell'opponente (DTF 123 V 156). Lo stesso ragionamento vale per l'indennità di parte (DTF 123 V 159). Come già si è detto, il Tribunale ha inoltre stabilito che ad un Cantone che in qualità di parte soccombe nella procedura di ricorso di diritto amministrativo non possono, di regola, essere messe a carico le spese giudiziarie (sentenza Cantone Svitto del 16 dicembre).

Tribunale federale delle assicurazioni

In una procedura vertente sui rapporti di servizio, la Corte ha infine esaminato il suo potere di cognizione nel caso di ricorso proposto avverso una decisione del Tribunale federale concernente il proprio personale, concludendo che la Commissione di ricorso del personale del Tribunale federale non è un'autorità giudiziaria ai sensi dell'art. 105 cpv. 2 OG, di modo che l'accertamento dei fatti operato da quest'ultima può essere suscettibile d'esame d'ufficio (DTF 123 V 109).