

TI_GERICHTE 38.2008.69 vom 21. Mai 2007

TI Tribunale d'appello, 2007-05-21, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_38.2008.69_d20070521

FR: TI_GERICHTE 38.2008.69 du 21 mai 2007

IT: TI_GERICHTE 38.2008.69 del 21 maggio 2007

Regeste

STCA 21.5.07:da 3 a 9/05 art. 28 LADIconrett.applicato(IL 100%);dal 14 al 22/3/05 e 1-2/06 esclusa applic.;rinvio atti per periodi:1-3/05 e 9-12/05.Ass.non ha svincolato medici dal segr.prof. La SdL ha a ragione proceduto sulla base degli atti,decidendo appl.28 LADI.Non viol.dell'obbligo d'informare

Erwägungen

E. 14

settembre al 31 dicembre 2005. 2.3. Fondamentale presupposto per il riconoscimento del diritto all'indennità di disoccupazione è, tra l'altro, che l'assicurato sia idoneo al collocamento (cfr. art. 8 cpv. 1 lett. f e 15 LADI). Il nuovo tenore dell'art. 15 cpv. 1 LADI, entrato in vigore il 1° luglio 2003 nell'ambito della terza revisione della LADI (cfr. FF N. 14 del 9 aprile 2002 pag. 2502 segg., RU N. 24 del 24 giugno 2003 pag. 1728 segg.), non ha modificato i presupposti necessari per poter considerare un assicurato idoneo al collocamento e quindi la giurisprudenza sviluppata in precedenza mantiene tutta la sua validità. Infatti, secondo l'art. 15 cpv. 1 LADI, nel tenore in vigore fino al 30 giugno 2003, "Il disoccupato è idoneo al collocamento se è disposto, capace e autorizzato ad accettare un'occupazione adeguata". A questa formulazione il nuovo testo, in vigore dal 1° luglio 2003, aggiunge solo "(...) e a partecipare a provvedimenti di reintegrazione" (cfr. anche Messaggio concernente la revisione della legge federale sull'assicurazione contro la disoccupazione del 28 febbraio 2001, in FF N. 23 del 12 giugno 2001, pag. 2002). 2.4. L'idoneità al collocamento deve essere, quindi, valutata da un duplice punto di vista. Oggettivamente l'assicurato deve essere idoneo al collocamento per le sue condizioni fisiche e mentali (cfr. STFA del 3 gennaio 2005 nella causa T., C 119/04; DLA 2001 consid. 1 pag. 146; DLA 1998 consid. 3a pag. 101-102, DLA 1998 consid. 1a pag. 265, DLA 1995 pag. 173, DLA 1995 pag. 63; DTF 125 V 51, consid. 6a, pag. 58 e DTF 123 V 214, consid. 3 pag. 216, entrambe con riferimenti; U. Stauffer "Die Arbeitslosen-versicherung", Schultess Polygraphischer Verlag, Zurigo 1984, pag. 34 - 41 e, per il vecchio diritto: DTF 110 V 208 consid. 1). Soggettivamente la sua situazione personale deve essere tale da non impedirgli praticamente di essere collocato. Ciò implica dunque, oltre che la volontà, anche la disponibilità dell'assicurato a cercare ed accettare un'occupazione adeguata ai sensi dell'art. 16 LADI, senza restringere oltremodo le possibilità di collocamento, ponendo ad esempio condizioni di orario, di durata ed altre ancora più strettamente legate alla sua persona (cfr. STFA del 3 gennaio 2005 nella causa T., C 119/04; DLA 2001 consid. 1 pag. 146; DLA 1998 consid. 3a pag. 101-102, DLA 1998 consid. 1b pag. 265, DLA 1995 pag. 54; DLA 1993/1994 pag. 222; DTF 125 V 51, consid. 6a pag. 58 e DTF 123 V 214, consid. 3 pag. 216, entrambe con riferimenti; DTF 120 V 388; DTF 115 V 436; DLA 1993/94, pag. 54; DLA 1992 pag. 123; DLA 1992 pag. 127; DLA

1992 pag. 131-132; DLA 1992 pag. 135-136; DTF 112 V 137 consid. 3; DTF 112 V 217 consid. la; DLA 1986 n. 21; DLA 1986 n. 26; per il vecchio diritto cfr. DTF 109 V 275 consid. 2.a, 108 V 101; DLA 1977 n. 15, 1979 n. 7, 1980 n. 24, 38, 40, 1982 n. 2).

L'assicurato dimostra una sufficiente disponibilità al collocamento quando può dedicare un ragionevole tempo all'esercizio di un'attività lucrativa e quando il numero di datori di lavoro in grado di assumerlo non è eccessivamente esiguo (cfr. DTF 113 V 137 consid. 3 = DLA 1986 n. 20). Vi è invece inidoneità al collocamento, ad esempio, quando un assicurato per motivi personali o familiari non può o non vuole impegnare la sua capacità lavorativa come normalmente lo pretende un datore di lavoro. Assicurati che, a causa di ulteriori impegni o di particolari circostanze personali, vogliono lavorare soltanto durante certi giorni o durante un certo numero di ore settimanali, possono essere riconosciuti idonei al collocamento soltanto molto condizionatamente. Quando l'assicurato è talmente limitato nella scelta di un'occupazione da rendere molto incerto il ritrovamento di un posto di lavoro occorre pronunciare l'inidoneità al collocamento. Il motivo della limitazione nelle possibilità di lavoro non ha nessuna importanza (STFA del 10 febbraio 2005 nella causa M., C 245/04; STFA del 3 gennaio 2005 nella causa T., C 119/04; DLA 1998 consid. 3a pag. 101-102, DLA 1998 consid. 1b pag. 265, DLA 1995 pag. 59; DTF 120 V 388, DLA 1992 pag. 123, DTF 112 V 137 consid. 3, DTF 112 V 217, DLA 1986 n. 21 e n. 26; per il vecchio diritto cfr.: DTF 110 V 208, 109 V 275 consid. 2; DLA 1982 n. 10, 1980 n. 38, 1979 n. 7, 1977 n. 16 e n. 27). L'idoneità al collocamento dell'assicurato non deve inoltre essere ostacolata dal mancato rispetto di norme di diritto pubblico (cfr. Stauffer, op.cit., pag. 37 e pag. 53-56).

Riguardo a quest'ultimo aspetto va sottolineato che se e fintanto che l'assicurato non beneficia di un'autorizzazione di lavoro l'idoneità al collocamento, e, di conseguenza, il diritto all'indennità di disoccupazione, deve essere negato (cfr. SVR 2001 ALV Nr. 3, pag. 5, DTF 125 V 465; DTF 120 V 379 - 380; DTF 120 V 395; DLA 1993/1994, pag. 12; vedi inoltre Nussbaumer, op. cit., cifra marginale 217, pag. 87 e Gerhards, "Kommentar zum Arbeitslosenversicherungsgesetz", Vol. I, note 10 e 55 all'art. 15). Il Tribunale federale ha pure stabilito che l'idoneità al collocamento non è soggetta a graduazioni nel senso che esisterebbero situazioni intermedie tra l'idoneità al collocamento e l'inidoneità al collocamento (idoneità parziale). O la persona assicurata è collocabile, in particolare disposta ad accettare un lavoro esigibile in ragione di almeno il 20% di n pensum normale, oppure non lo è (cfr. DTF 125 V 58 consid. 6a e riferimenti ivi menzionati). E' dal profilo della perdita di lavoro computabile (art. 11 cpv. 1 LADI) che occorre esaminare in che misura una persona assicurata è disposta o in grado di assumere un'occupazione adeguata a tempo pieno (cfr. DLA 2001 N. 5, consid. 2, pag. 78; DTF 126 V 124, consid. 2, pag. 126, DTF 125 V 51, consid. 6a, pag. 58 e riferimenti; STFA del 12 maggio 2004 nella causa G., C 287/03). 2.5. L'art. 28 LADI regola il diritto all'indennità giornaliera nel caso di capacità lavorativa temporaneamente inesistente o ridotta (cfr. STFA C 344/05 dell'11 dicembre 2006; STFA C 286/05 del 24 gennaio 2006). Il cpv. 1 di questa disposizione stabilisce che gli assicurati la cui capacità lavorativa o la cui idoneità al collocamento è temporaneamente inesistente o ridotta per malattia (art. 3 LPGa), infortunio (art. 4 LPGa) o gravidanza e che non possono pertanto adempiere le prescrizioni di controllo hanno diritto all'intera indennità giornaliera purché soddisfino gli altri presupposti. Questo diritto dura al massimo sino al trentesimo giorno dopo l'inizio dell'incapacità totale o parziale al lavoro ed è limitato a 44 indennità giornaliere entro il termine quadro. Secondo il cpv. 1bis le assicurate la cui capacità lavorativa o la cui idoneità al collocamento è temporaneamente inesistente o ridotta dopo il parto hanno diritto a 40 indennità giornaliere supplementari. La

limitazione della durata di riscossione a 30 giorni non è applicabile. Il cpv. 2 prevede che le indennità giornaliere dell'assicurazione contro le malattie o gli infortuni, se compensative della perdita di guadagno, sono dedotte dall'indennità di disoccupazione. Il cpv. 3 enuncia che il Consiglio federale disciplina i particolari, stabilisce segnatamente il termine per l'esercizio del diritto e le conseguenze di un esercizio tardivo. Giusta il cpv. 4 i disoccupati, la cui capacità lavorativa continua ad essere temporaneamente ridotta dopo esaurimento del loro diritto secondo il capoverso 1, hanno diritto, in quanto tale capacità ridotta non impedisca il loro collocamento e ove adempiano gli altri presupposti, all'intera indennità giornaliera, se la capacità lavorativa è di almeno il 75 per cento, e alla mezza indennità, se la capacità lavorativa è di almeno il 50 per cento. Il cpv. 5 infine prevede che il disoccupato deve comprovare la sua incapacità, rispettivamente la sua capacità lavorativa con un certificato medico. Il servizio cantonale o la cassa può in ogni caso ordinare una visita da parte di un medico di fiducia, a spese dell'assicurazione contro la disoccupazione. L'art. 28 cpv. 1 LADI deroga, dunque, a uno dei principi fondamentali dell'assicurazione contro la disoccupazione, ovvero al concetto secondo cui le relative prestazioni possono essere erogate a un assicurato solo se questi è idoneo al collocamento. Tale disposto prevede infatti una regolamentazione specifica per i casi di capacità lavorativa temporaneamente inesistente o ridotta a seguito di malattia, infortunio o gravidanza. Il senso e lo scopo di questa eccezione consiste nell'evitare, nonostante l'inidoneità al collocamento e la conseguente mancanza dei presupposti per pretendere le prestazioni dell'assicurazione contro la disoccupazione, i casi di rigore e nel colmare le lacune relative a quelle situazioni particolari che rischiano di non essere coperte né dall'assicurazione contro la disoccupazione, né dall'assicurazione malattie o infortuni. Ai fini di migliorare la sicurezza sociale dei disoccupati è stata quindi prevista, nel caso di capacità lavorativa temporaneamente inesistente o ridotta a causa di malattia, infortunio o maternità, una pretesa a indennità giornaliera limitata nel tempo (cfr. DTF 128 V 149 consid. 3b=SVR 2003 KV Nr. 8 pag. 37; DLA 2001 pag. 165 consid. 6b; STFA del 14 aprile 2001 nella causa H., C 303/02). La fattispecie di cui all'art. 28 LADI non deve essere confusa con quella di cui agli art. 15 cpv. 2 LADI e 15 cpv. 3 OADI. La nostra Massima Istanza ha ricordato che questi disposti sono applicabili in caso di impedimento durevole e importante della capacità lavorativa e di guadagno (cfr. DLA 2006 N. 10 pag. 141). L'art. 15 cpv. 3 OADI prevede l'obbligo, per l'assicurazione contro la disoccupazione, di anticipare prestazioni a titolo preventivo, qualora un impedito non sia manifestamente inidoneo al collocamento e soddisfi gli altri presupposti del diritto. Queste prestazioni sono soggette a restituzione (art. 95 LADI) nel caso in cui l'assicurazione per l'invalidità conceda successivamente una rendita. Un impedimento della capacità lavorativa e di guadagno è durevole se permane almeno un anno (cfr. Nussabaumer, op. cit., N. 225). Per contro l'art. 28 LADI, come già precisato, è applicabile in caso di incapacità lavorativa temporanea. La norma prevista dall'art. 28 cpv. 4 LADI, secondo cui l'assicurato ha diritto all'intera indennità giornaliera se la capacità lavorativa è di almeno il 75%, e alla mezza indennità se la capacità lavorativa è di almeno il 50%, non presuppone che l'assicurato abbia già esaurito il proprio diritto all'indennità in virtù dell'art. 28 cpv. 1 LADI. Inoltre, questo disposto viene applicato indipendentemente dal fatto che l'inizio dell'incapacità lavorativa è precedente o successivo alla disoccupazione. Con quest'ultima disposizione si vuole quindi indennizzare ancora la capacità lavorativa residua o recuperata dell'assicurato che può ancora essere sfruttata sul mercato del lavoro (cfr. DLA 1995 pag. 168 consid. 3. b) bb); Nussbaumer, op. cit., Nr. 362). Secondo la legge, come visto, il diritto alle indennità giornaliere di

disoccupazione è dato “al massimo sino al trentesimo giorno dopo l’inizio dell’incapacità totale o parziale al lavoro ed è limitato a 44 indennità giornaliere entro il termine quadro”. Per ogni singolo caso di malattia l’indennità giornaliera di disoccupazione è pagata una sola volta e fino ad un massimo di trenta giorni dopo l’inizio dell’inabilità (cfr. Nussbaumer, op. cit., Nr. 360; Gehrards, op. cit., pag. 341 n° 24). In altre parole per ogni caso di malattia solo i primi 30 giorni sono indennizzabili. Come “singolo caso” di malattia si considera di principio non solo l’inizio vero e proprio della malattia, ma pure ogni “ricaduta” (cfr. G. Gehrards, op. cit., pag. 341 n° 25).

2.6. L’art. 43 cpv. 1 LPGA regola l’“Accertamento” e stabilisce che l’assicuratore esamina le domande, intraprende d’ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno. Le informazioni date oralmente devono essere messe per scritto. A proposito del valore probatorio di un protocollo allestito dall’amministrazione, il TFA (dal 1° gennaio 2007: TF) ha osservato che: “ (...) 3.1.1 Zur Frage, ob das Protokoll vom 16. September 2003 ein taugliches Beweismittel darstellt, ist die Rechtsprechung zu beachten, wonach eine formlos eingeholte und in einer Aktennotiz festgehaltene mündliche oder telefonische Auskunft nur insoweit zulässig ist, als damit blosser Nebenpunkte, namentlich Indizien oder Hilfstatsachen, festgestellt werden. Dagegen kommt grundsätzlich nur die Form einer schriftlichen Anfrage und Auskunft in Betracht, wenn Auskünfte zu wesentlichen Punkten des rechtserheblichen Sachverhaltes einzuholen sind (BGE 117 V 285 Erw. 4c mit Hinweis). Hält ein Mitarbeiter eines Versicherers den Inhalt eines Telefongesprächs schriftlich fest und bestätigt die befragte Person mit ihrer Unterschrift ausdrücklich, dass die Wiedergabe des Gesprächs korrekt ist, ist diesem Schriftstück unter Umständen Beweiswert zuzuerkennen (RKUV 2003 Nr. U 473 S. 49 Erw. 3.2 mit Hinweisen). Ein solcher ist auch mit Blick auf Art. 43 Abs. 1 ATSG gegeben (vgl. Kieser, ATSG-Kommentar, Zürich 2003, N 33 zu Art. 43). Die schriftlich festgehaltenen Angaben vom 25. August und 16. September 2003 stellen zudem lediglich Bestätigungen des rechtserheblichen Sachverhaltes dar, welcher gemäss Meldung vom 29. Juli 2003 zur Einstellung führte. Überdies war der Kerngehalt aller Aussagen des Herrn T. _____ identisch in dem Sinne, dass sich der Versicherte nicht mehr vereinbarungsgemäss bei ihm gemeldet habe, weshalb es zu keiner Anstellung gekommen sei. Hiezu konnte der Versicherte im Rahmen der Gewährung des rechtlichen Gehörs (Art. 42 ATSG) schriftlich Stellung nehmen, sodass keine Ungleichbehandlung der Parteien bei der Beweiserhebung vorliegt. (...).” (cfr. STFA C 116/04 del 22 dicembre 2004) L’art. 43 cpv. 2 LPGA prevede che se sono necessari e ragionevolmente esigibili esami medici o specialistici per la valutazione del caso, l’assicurato deve sottoporvisi. Riguardo ai cpv. 1 e 2 dell’art. 43 LPGA l’Alta Corte, in una sentenza relativa al settore dell’assicurazione contro gli infortuni U 571/06 del 29 maggio 2007, pubblicata in SVR 2007 UV Nr. 33 pag. 111, ha specificato che: “ (...) 4.1 Zwar statuiert Art. 43 Abs. 1 ATSG die Sachverhaltsabklärung von Amtes wegen, wobei es im Ermessen des Versicherungsträgers liegt, darüber zu befinden, mit welchen Mitteln diese zu erfolgen hat. Im Rahmen der Verfahrensleitung kommt ihm ein grosser Ermessensspielraum bezüglich der Notwendigkeit, den Umfang und die Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen zu. Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz hat der Unfallversicherer den Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass er über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. dazu BGE 126 V 353 E. 5b S. 360) entscheiden kann. Dabei kommt im Abklärungsverfahren des Unfallversicherers Sachverständigengutachten eine massgebende Rolle zu (vgl. Art. 55 Abs. 2 UVV). Der Untersuchungsgrundsatz wird

ergänzt durch die Mitwirkungspflichten der versicherten Person (vgl. BGE 125 V 193 E. 2 S. 195). Danach hat sich diese den ärztlichen oder fachlichen Untersuchungen zu unterziehen, wenn sie zumutbar sind. Nach dem Wortlaut von Art. 43 Abs. 1 und Abs. 2 ATSG müssen diese aber auch notwendig und somit von entscheidender Bedeutung für die Erstellung des rechtserheblichen Sachverhalts sein. Entgegen der von der Beschwerdeführerin vertretenen Auffassung trifft es somit nicht zu, dass sich die versicherte Person jeglicher Untersuchung zu unterziehen hat, soweit sie sich nicht als unzumutbar erweist. In diesem Sinne liegt die medizinische Begutachtung nicht im uneingeschränkten Ermessen der rechtsanwendenden Stellen. Diese haben sich von rechtsstaatlichen Grundsätzen leiten zu lassen, wozu die Verpflichtung zur Objektivität und Unvoreingenommenheit (vgl. Ulrich Meyer-Blaser, Das medizinische Gutachten aus sozialrechtlicher Sicht, in: Adrian M. Siegel/Daniel Fischer [Hrsg.], Die neurologische Begutachtung, Schweizerisches medico-legales Handbuch, Bd. 1, Zürich 2004, S. 105) ebenso gehört wie der Grundsatz der rationellen Verwaltung (vgl. Markus Fuchs, Rechtsfragen im Rahmen des Abklärungsverfahrens bei Unfällen, in: SZS 2006 S. 288).“

Se l'assicurato o altre persone che pretendono prestazioni, nonostante un'ingiunzione, rifiutano in modo ingiustificato di compiere il loro dovere d'informare o di collaborare, l'assicuratore può, dopo diffida scritta e avvertimento delle conseguenze giuridiche e dopo aver impartito un adeguato termine di riflessione, decidere in base agli atti o chiudere l'inchiesta e decidere di non entrare in materia (art. 43 cpv. 3 LADI). L'art. 43 cpv. 3 LPGGA parte dal presupposto che esistono dei doveri di collaborazione e di informazione. La formulazione è generale, per cui, considerando anche lo scopo di tale norma, ossia di sanzionare la violazione del dovere di informare e di collaborare, esso non si riferisce unicamente all'art. 43 cpv. 2 LPGGA, bensì anche ad altre disposizioni previste dalla LPGGA, come l'art. 28 cpv. 3 LPGGA che contempla il dovere di svincolare dal segreto tutte le persone e tutti i servizi affinché possano fornire le informazioni necessarie (cfr. anche art. 29 cpv. 2, 28 cpv. 2, 44, 31 LPGGA). La violazione del dovere di collaborazione e informazione è rilevante solo nel caso in cui avvenga in modo ingiustificato. Le sanzioni contemplate in questo disposto possono essere inflitte solo dopo diffida scritta, avvertimento delle conseguenze giuridiche e assegnazione di un termine di riflessione per decidere. Tale procedura non prevede né eccezioni, né deroghe, nemmeno se risulta chiaro che la persona interessata non vuole in ogni caso adempiere questo obbligo. L'art. 43 cpv. 3 LPGGA prevede due sanzioni: l'autorità amministrativa può decidere in base agli atti o decidere di non entrare nel merito. La norma non indica come scegliere fra le due possibilità. Comunque, secondo la prassi, la facoltà di non entrare nel merito va utilizzata con un certo riserbo. Se, infatti, sulla base degli atti è possibile prendere una decisione di merito, non va emanato un provvedimento di irricevibilità (cfr. DTF 131 V 42; STCA del 12 maggio 2005 nella causa D., 39.2005.1; U. Kieser, op. cit. ad art. 43, n. 36-41). A proposito dell'art. 43 cpv. 3 LPGGA il TFA, in una causa inerente l'assicurazione contro le malattie, in una sentenza pubblicata in DTF 129 V 267, ha affermato che: " (...) 5.3 En relation avec les circonstances de fait qui déterminent la quotité de la surprime (motif du retard et situation financière de l'intéressé), la caisse ne pouvait non plus, comme l'ont relevé à juste titre les premiers juges appliquer le taux maximum prévu par la loi (50%) sans avoir au préalable cherché à établir d'une manière ou d'une autre les circonstances déterminantes (motifs du retard et situation personnelle de l'intéressé). Il est vrai que les déclarations de ce dernier en procédure cantonale (lettre du 16 novembre 2001) laissent augurer certaines difficultés quant à sa collaboration à la procédure. Il convient toutefois de

rappeler, sur ce point, que selon les circonstances, l'assureur social se heurtant à un manque de collaboration d'une partie peut, après lui avoir imparti un délai pour respecter ses obligations et l'avoir avertie des conséquences de son attitude, se prononcer en l'état du dossier; le cas échéant, il pourra rejeter la demande présentée par cette partie en considérant que les faits dont elle entend tirer un droit ne sont pas démontrés (cf. ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). Au lieu de se prononcer sur le fond, en l'état du dossier, l'assureur peut également, cas échéant, rendre une décision d'irrecevabilité de la demande dont il est saisi (cf. ATF 108 V 230 s. consid. 2; v. également UELI KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, Zurich 1999, ch. 229, pp. 108 s.; MAURER, *Unfallversicherungsrecht*, p. 256; HARDY LANDOLT, *Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht*, thèse Zurich 1995, pp. 172 ss, ainsi que l'art. 43 al. 3 LPGA). Mais l'assureur ne peut se prononcer en l'état du dossier ou refuser d'entrer en matière - le choix de l'une ou l'autre décision dépendra notamment de l'avancement de l'instruction de la cause et de ses conséquences pour l'assuré ou d'éventuels tiers intéressés -, que s'il ne lui est pas possible d'élucider les questions de faits encore ouvertes sans difficultés ni complications particulières malgré l'absence de collaboration de l'assuré (cf. ATF 108 V 231 ss, 97 V 177; MAURER, *Unfallversicherungsrecht*, p. 255). (...)." (cfr. DTF 129 V 267, consid. 5.3, pag. 274-275) In quel caso l'Alta Corte ha concluso che: " (...) 6. Il résulte de ce qui précède que c'est à juste titre que les premiers juges ont renvoyé la cause à la caisse afin qu'elle complète l'instruction et rende une nouvelle décision, aussi le recours doit-il être rejeté. En procédant de la sorte, il incombera, par ailleurs, à la caisse de tenir compte des principes exposés ci-dessus. (...)." (cfr. DTF 129 V 267, consid. 6, pag. 275) Sempre riguardo all'art. 43 cpv. 3 LPGA, in un'altra decisione I 190/04 del 22 settembre 2004, il TFA ha, tra l'altro, precisato che: " (...) Die Rüge des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin, es hätte ein Mahnverfahren gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG eingeleitet werden müssen, bevor auf der Grundlage der Akten entschieden wurde, stösst ins Leere. Ein Mahnverfahren im Sinne dieser Bestimmung setzt voraus, dass die Verwaltung ein mangelhaftes Mitwirken der versicherten Person überhaupt zu erkennen vermag. Wie aus dem nach Erhalt der ablehnenden Verfügung erfolgten Widerruf der vorgängig der IV-Stelle ausgestellten Vollmacht auf ein Verschweigen früherer Arztbesuche hätte geschlossen werden können, ist nicht ersichtlich. Weder dieser Vorfall noch die weitere Vorgehensweise der Beschwerdeführerin oder der Bericht des Hausarztes lieferten übrigens Anhaltspunkte für das vom Rechtsvertreter behauptete Unvermögen der Versicherten, ihre Rechte gegenüber der Verwaltung zu wahren, bestand doch ihre Aufgabe primär darin, das Anmeldeformular vollständig und korrekt auszufüllen und/oder später den Hinweis auf weitere Arztbesuche anzubringen. Zusammengefasst kann weder der Verwaltung noch der Vorinstanz eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes zur Last gelegt werden. (...)." (cfr. STFA del 22 settembre 2004 nella causa K., I 190/04) In una sentenza I 906/05 del 23 gennaio 2007 l'Alta Corte ha, poi, stabilito che: " (...) 6. Conformément au principe inquisitoire, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quels sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en oeuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction. En tout état de cause, l'assuré n'est pas habilité à requérir une décision formelle afin de faire examiner l'opportunité d'une mesure

d'instruction (ATF 132 V 108 consid. 6.5). S'il se soustrait à une telle mesure alors que celle-ci est objectivement et subjectivement exigible (arrêt B. du 25 octobre 2001, I 214/01, consid. 2b), il prend - délibérément - le risque que sa demande de prestations soit rejetée par l'administration, motif pris que les conditions du droit à la prestation ne sont pas, en l'état du dossier, établies au degré de la vraisemblance prépondérante. En procédure de recours, le juge ne doit alors examiner que si la décision, rendue conformément à l'art. 43 al. 3 LPG et 73 RAI sur la base de l'état de fait existant (incomplet), est correcte (arrêts I. du 31 août 2001, U 489/00, consid. 2b et B. du 25 octobre 2001, I 214/01, consid. 3 et les références). Il ne se justifie pas - et cela n'a d'ailleurs aucun sens sous l'angle de l'économie de la procédure - d'examiner uniquement le caractère nécessaire ou non de la mesure requise. Soit les preuves recueillies jusqu'alors sont suffisantes pour trancher directement le litige, faisant apparaître comme inutile toute mesure complémentaire d'instruction. Soit le dossier n'est pas suffisamment instruit pour pouvoir statuer en connaissance de cause, justifiant par voie de conséquence le complément d'instruction requis par l'administration. Dans cette hypothèse, le juge ne peut que confirmer le rejet de la demande de prestations prononcé par l'administration, puisque le dossier ne permet pas d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence des conditions du droit à la prestation. Cela étant, si l'assuré se montre par la suite disposé à collaborer à l'instruction et à se soumettre aux mesures nécessaires à celle-ci, il lui est loisible de saisir à nouveau l'administration d'une demande de prestations. Celle-ci devra rendre une nouvelle décision, si les nouveaux éléments recueillis sont de nature à justifier une appréciation différente de la situation." Inoltre Kieser, in ATSG-Kommentar, Zurigo 2003, ad art. 43 n. 38, pag. 440, afferma che: " Art. 43 Abs. 3 ATSG bezieht sich schliesslich lediglich auf Leistungsbegehren. Soweit die Abklärung eine Versicherungsunterstellung oder eine Beitragsfrage betrifft, kann eine Anwendung gegebenenfalls in analoger Weise erfolgen oder es ist auf die im jeweiligen Einzelgesetz vorgesehene Sanktion bzw. Folge zurückzugreifen (vgl. z.B. Art. 24 Abs. 5 AHVV betreffend die Festsetzung von Akonto beiträgen in der AHV)." A pag. 441 l'autore sottolinea che: " Die in Art. 43 Abs. 3 ATSG vorgesehenen Sanktionen können erst nach Durchführung eines Mahn- und Bedenkzeitverfahrens angeordnet werden (vgl. dazu BBl 1999 4600). Dieses entspricht demjenigen, welches nach Art. 21 Abs. 4 ATSG durchzuführen ist (vgl. für näheres ATSG-Kommentar, Art. 21 Rz. 68 ff.). Es handelt sich um eine ausnahmslos zu beachtende Verfahrensregel, und es kann auch nicht davon abgewichen werden, wenn die betreffende Person zu erkennen gibt, dass sie der ihr obliegenden Pflicht jedenfalls nicht nachkommen will (vgl. BGE 122 V 219 f. in analoger Anwendung; vgl. ferner SVR 1998 UV Nr. 1 sowie Maeschi, Kommentar, Rz. 20 zu Art. 87 MVG). Dabei obliegt dem Verwaltungsträger die Beweislast, wenn der Nachweis der Mahnung strittig ist (vgl. dazu SVR 1995 IV Nr. 41). Die zu erlassende Mahnung hat keinen Verfügungscharakter; denn sie betrifft nicht eine durchsetzbare Rechtspflicht, sondern eine Obliegenheit der Partei (vgl. SVR 1998 UV Nr. 1)." 2.7. Per quanto attiene invece agli obblighi dell'autorità di ricorso, in una decisione del 6 maggio 2004 nella causa S. (I 90/04), chiamata a pronunciarsi nel caso in cui un assicurato ha sostenuto che, anche se egli aveva rinunciato a sottoporsi a una nuova perizia medica pluridisciplinare davanti al Presidente del Tribunale, in ogni caso il giudice avrebbe dovuto ordinare una perizia e solo in caso di nuovo rifiuto, dopo avergli assegnato un termine e averlo reso attento delle conseguenze, avrebbe potuto decidere sulla base degli atti, l'Alta Corte ha sviluppato le seguenti considerazioni: " (...) 4. Le recourant soutient qu'en tout état de cause, le premier juge aurait dû passer outre et ordonner tout de même une expertise. Ce n'est qu'en cas de

nouveau refus que le juge aurait pu statuer en l'état, après mise en demeure et avertissement des conséquences. Une telle procédure de sommation - prévue à l'art. 43 LPGa en ce qui concerne l'instruction de la demande (cf. arrêts D. du 24 juin 2003 [I 700/02] et D. du 14 janvier 2003 [K 123/01] - ne peut pas être déduite des dispositions de l'art. 61 LPGa, applicable à la procédure de recours devant l'autorité cantonale, ni d'un principe général. En fait, en présence d'un refus de collaborer, le juge est fondé à procéder à une appréciation des preuves sur la base des éléments du dossier (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar : Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zurich 2003, note 59 ad art. 61). Il ne peut toutefois se contenter d'examiner la décision attaquée sous l'angle du refus de collaborer de l'intéressé et s'abstenir de tout examen matériel de ladite décision sous l'angle des faits médicaux retenus par l'assureur (arrêt A. du 16 novembre 2001 [U 77/01]; voir aussi RCC 1985 p. 322).

5. 5.1 En l'espèce, le premier juge n'a pas procédé à un examen matériel de la décision attaquée. Il a certes rappelé les principes applicables à l'évaluation de l'invalidité, mais il n'a nullement confronté ces principes à la situation du cas concret. Il a confirmé le taux d'invalidité de 50 pour cent retenu par l'administration au seul motif que l'assuré avait refusé de prêter son concours à l'instruction du cas, attitude que le juge a qualifiée «d'inadmissible» et dont il a estimé qu'elle méritait d'être «sanctionnée par l'achèvement immédiat de l'instruction de la cause».

5.2 On l'a vu, cette manière de procéder n'est pas conforme au droit. Dès lors que le premier juge n'a pas statué en l'état de dossier, il convient de lui renvoyer la cause pour qu'il se prononce sous l'angle matériel, à tout le moins sur la base des éléments de preuves dont il dispose. Il n'est cependant contesté ni par le premier juge ni par l'office intimé qu'une expertise médicale est nécessaire dans le cas présent. En procédure fédérale, le recourant, sur le vu de ses conclusions, paraît maintenant disposé à se soumettre à cette mesure d'instruction. Il ne saurait être déchu de son droit à la mise en oeuvre d'une expertise en raison de son précédent refus. Ce refus - que rien ne justifiait a priori - a en revanche une incidence, dans des situations de ce genre, sur le droit aux dépens pour la procédure fédérale (arrêt non publié N. du 21 février 1994 [U 127/93]; infra consid. 6.2). Il appartiendra donc à l'autorité cantonale d'ordonner l'expertise envisagée. Si le recourant devait à nouveau - sans motif valable - s'y opposer, l'autorité statuera sur la base du dossier. (...)." (cfr. STFA del 6 maggio 2004 nella causa S., I 90/04) 2.8. Come già rilevato al consid. 1.1, con sentenza del 21 maggio 2007 questa Corte ha parzialmente accolto il ricorso di RI 1 inoltrato contro una decisione su opposizione del 6 settembre 2006 con cui la Sezione del lavoro aveva stabilito che al medesimo, dal 1° gennaio 2005 al 7 febbraio 2006, erano applicabili le disposizioni previste in caso di incapacità lavorativa temporaneamente inesistente o ridotta (art. 28 LADI). In particolare, per quanto qui di interesse, il TCA ha deciso che, relativamente ai periodi dal 1° gennaio al 13 marzo 2005 e dal 14 settembre al 31 dicembre 2005, i documenti agli atti, senza degli accertamenti più approfonditi sulle condizioni di salute dell'insorgente, non permettevano di giungere a una conclusione convincente, perlomeno secondo il grado della verosimiglianza preponderante. Gli atti sono, conseguentemente, stati rinviati all'amministrazione affinché procedesse a delle ulteriori indagini circa lo stato di salute e l'abilità al lavoro dell'insorgente negli archi di tempo menzionati (cfr. inc. 38.2006.66). Più specificatamente questo Tribunale, per quanto attiene al lasso di tempo dal 1° gennaio al 13 marzo 2005, ha indicato che avrebbe dovuto essere chiarito, interpellando il medico curante Dr. med. _____ - il quale conosce da anni l'assicurato e già alla fine del 2004 aveva dichiarato il ricorrente inabile al lavoro al 100% dal 7 al 19 dicembre 2004 (cfr. doc. 28 inc. 38.2006.66) -, il _____ (_____) di

_____ e, se del caso, un medico psichiatra, se i disturbi lamentati dall'assicurato a fare tempo dal mese di gennaio 2005 hanno da subito provocato un'incapacità al lavoro totale o parziale dello stesso oppure no. In quest'ultimo caso avrebbe dovuto essere appurato se, ed eventualmente quando, nel periodo dal mese di gennaio 2005 al 13 marzo 2005 è intervenuta un'inabilità lavorativa (cfr. STCA 38.2006.66 del 21 maggio 2007 consid. 2.10. in fine). Il TF, confermando con giudizio 8C_295/2007; 8C_327/2007 del 30 maggio 2008 quanto stabilito dal TCA, ha osservato che il rinvio decretato ai fini dell'approfondimento della questione tramite ulteriori accertamenti da svolgere presso il _____ non è il frutto di una valutazione arbitraria delle prove, bensì della constatazione che i fatti così come accertati risultavano incompleti. La nostra Massima Istanza ha sottolineato che, segnatamente per quanto riguardava il periodo dal 14 settembre al 31 dicembre 2005, la documentazione medica agli atti era nettamente insufficiente per statuire sull'inabilità lavorativa dell'assicurato. 2.9. La Sezione del lavoro, dando seguito a quanto stabilito dalle sentenze del TCA e del TF, il 7/12 agosto 2008 ha inviato all'assicurato uno scritto del seguente tenore: " richiamata la pratica indicata a margine e la sentenza del Tribunale federale del 30 maggio 2008, necessitiamo di prendere contatto con il Suo medico curante Dr. med. _____, Lugano come pure con il _____, _____. Al riguardo, Le inviamo in allegato le rispettive dichiarazioni di svincolo dal segreto professionale, con preghiera di compilarle, firmarle e ritornarcele entro il termine di 10 giorni a decorrere dalla ricezione della presente. Le rammentiamo che, giusta l'articolo 28 capoverso 3 LPGA, Chi pretende prestazioni assicurative deve autorizzare tutte le persone e i servizi, segnatamente il datore di lavoro, i medici, le assicurazioni e gli organi ufficiali a fornire nel singolo caso tutte le informazioni, sempre che siano necessarie per accertare il diritto a prestazioni. Queste persone e questi servizi sono tenuti a dare le informazioni. (...)" (Doc. 9, 8) L'insorgente ha risposto il 26 agosto 2008 rifiutando di svincolare dal segreto professionale il medico curante e il _____ (cfr. doc. 7). La Sezione del lavoro, il 3 settembre 2008, ha quindi emesso una decisione con la quale ha applicato all'assicurato l'art. 28 LADI dal 1° gennaio al 13 marzo 2005 e dal 14 settembre al 31 dicembre 2005, negandogli le indennità di disoccupazione. L'amministrazione, in proposito, ha indicato che non essendo stato possibile effettuare ulteriori necessari accertamenti medici, si è fondata sulla sola documentazione agli atti da cui è emerso che nei periodi menzionati il ricorrente fosse pienamente inabile al lavoro (cfr. doc. 6). A seguito dell'opposizione interposta il 5 settembre 2008 personalmente dall'assicurato (cfr. doc. 5), la Sezione del lavoro, il 9 settembre 2008, gli ha trasmesso un ulteriore scritto da cui si evince che: "(...) Come richiestoci dal Tribunale federale nella sentenza 30 maggio 2008 8C_295/2007/8C_327/2007 (I Corte di diritto sociale) necessitiamo per poter valutare concretamente la sua inabilità lavorativa totale durante il periodo dal primo gennaio al 13 marzo e dal 14 settembre al 31 dicembre 2005 di prendere contatto con il Suo medico curante Dr. med. _____ come pure il _____ di _____. La informiamo che gli accertamenti richiesti sono necessari per la valutazione del caso così come richiestoci dal Tribunale federale. Al riguardo, Le inviamo di nuovo in allegato le rispettive dichiarazioni di svincolo dal segreto professionale, con preghiera di compilarle, firmarle e ritornarcele entro il termine di 10 giorni a decorrere dalla ricezione della presente. Le rammentiamo che, giusta l'articolo 43 cpv. 3 LPGA, "se l'assicurato o altre persone che pretendono prestazioni, non stante un'ingiunzione, rifiutano in modo ingiustificato di compiere il loro dovere d'informare o di collaborare, l'assicuratore può, dopo diffida scritta e avvertimento delle conseguenze giuridiche e dopo aver impartito un adeguato termine di

riflessione, decidere in base agli atti o chiudere l'inchiesta e decidere di non entrare in materia". Considerata la norma di legge sopra citata, La avvertiamo che in caso di mancata risposta alle nostre richieste, decideremo in base ai documenti agli atti." (Doc. 2)

L'assicurato non ha debitamente compilato e sottoscritto la dichiarazione di svincolo dal segreto medico inviatagli dall'amministrazione. Con decisione su opposizione del 24 novembre 2008 la Sezione del lavoro ha, pertanto, confermato il contenuto del suo primo provvedimento (cfr. doc. 1=B). 2.10. Chiamata a pronunciarsi in merito alla fattispecie, questa Corte ricorda dapprima che conformemente all'art. 43 cpv. 3 LPGa e alla giurisprudenza federale in merito (cfr. consid. 2.6.), l'amministrazione, quando deve effettuare degli accertamenti, può decidere in base agli atti solo se non può accertare in alcun modo i fatti determinanti e dopo aver diffidato l'assicurato per iscritto, avvertendolo delle conseguenze giuridiche e avergli impartito un adeguato termine di riflessione. Nel caso di specie l'assicurato, benché fosse stato invitato per iscritto dalla Sezione del lavoro a svincolare dal segreto professionale il proprio medico curante, nonché il _____ di _____ (cfr. consid. 2.9.), non ha firmato e ritrasmesso all'amministrazione la relativa dichiarazione. E' vero che la Sezione del lavoro, dopo il rifiuto dell'assicurato (cfr. doc. 7), ha emesso la decisione del 3 settembre 2008 senza assegnare un adeguato termine all'insorgente e informarlo sulle conseguenze giuridiche dell'omissione dello svincolo dal segreto professionale dei medici ai sensi dell'art. 43 cpv. 3 LPGa. E' altrettanto vero, tuttavia, che in concreto, l'assicurato era in ogni caso ben consapevole, tramite l'emanazione della sentenza del TCA del 21 maggio 2007 e del giudizio federale del 30 maggio 2008, che per i periodi determinanti (1° gennaio - 13 marzo 2005 e 14 settembre - 31 dicembre 2005) la questione della sua capacità lavorativa doveva essere chiarita procedendo a ulteriori accertamenti (cfr. consid. 2.8.). Più specificatamente gli era noto, poiché stabilito da questa Corte (cfr. inc. 38.2006.66), che l'amministrazione avrebbe dovuto in particolare interpellare il medico curante Dr. med. _____ e il _____ di _____. All'insorgente avrebbe così dovuto risultare chiaro che, se non avesse svincolato dal segreto professionale i propri medici, l'amministrazione non poteva delucidare il suo stato di salute, né la sua abilità lavorativa nei periodi in questione, come invece stabilito da questa Corte e avallato dal TF. La Sezione del lavoro, nella procedura di opposizione, ha comunque assegnato all'assicurato un ulteriore termine per concedere lo svincolo, citando il testo dell'art. 43 cpv. 3 LPGa e avvertendolo che in caso di mancata risposta avrebbe deciso sulla base degli atti (cfr. doc. 2). L'amministrazione ha, perciò, reso attento l'insorgente della conseguenza connessa a una reiterata omissione di svincolare i medici dal segreto professionale. Alla luce delle considerazioni che precedono, il TCA deve concludere che la Sezione del lavoro, in casu, ha ossequiato l'art. 43 cpv. 3 LPGa. 2.11. Per quanto attiene alla censura formulata dall'assicurato secondo cui un medico non potrebbe arrogarsi il diritto di giudicare una persona inabile al lavoro con effetto retroattivo (cfr. doc. V; I), va osservato che per costante giurisprudenza il giudice delle assicurazioni sociali esamina la legalità delle decisioni in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui la decisione impugnata è stata resa. I fatti accaduti posteriormente e che hanno modificato questa situazione devono di regola formare oggetto di un nuovo atto amministrativo (cfr. DTF 130 V 138 consid. 2; STFA del 30 settembre 2002 nella causa N., C 43/00; STFA del 3 dicembre 2001 nella causa R., I 490/00; DLA 2000 pag. 74; STFA del 18 settembre 2000 nella causa R.S., I 278/00; STFA del 5 giugno 2000 nella causa V.P., I 76/00; DTF 121 V 366 consid. 1b e sentenze ivi citate). E ccezzionalmente, però, il giudice può anche tener conto, per motivi d'economia procedurale, di fatti intervenuti posteriormente, a condizione

che questi ultimi siano stabiliti in modo sufficientemente preciso (RCC 1980 pag. 263), siano suscettibili di influenzare il giudizio e i diritti procedurali delle parti siano ossequiati (cfr. DTF 130 V 138 consid. 2.1.; RCC 1989 pag. 123 consid. 3b, RCC 1974 pag. 192 consid. 4, RCC 1970 pag. 582 consid. 3; STCA 10 gennaio 1996 nella causa G.R. consid. 2.6.). Pertanto è possibile per stimare la capacità lavorativa di un assicurato fondarsi anche su documentazione medica allestita posteriormente al lasso di tempo determinante, purché permetta di mettere in evidenza elementi di accertamento retrospettivo della situazione di salute e dell'abilità lavorativa dell'assicurato afferente al periodo rilevante per la vertenza (cfr. STFA U 299/02 del 2 settembre 2003). Giova, comunque, evidenziare che nel caso di una valutazione retrospettiva della capacità al lavoro di un assicurato, in assenza di più attendibili elementi, va data particolare importanza alle certificazioni rese dal medico curante (su questo punto vedi Boltshauser, "Invaliditätsbemessung bis zur feststehenden Dauerinvalidität" in: Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, Band 45, St. Gallen 1999). E' questo il motivo per il quale il TCA ha indicato di esperire ulteriori accertamenti proprio presso il medico curante, Dr. med. _____, che nel 2006 aveva attestato di conoscere il ricorrente da circa dieci anni (cfr. STCA 38.2006.66 del 21 maggio 2007 consid. 2.8.) e presso i sanitari del _____ di _____ che hanno seguito l'assicurato precedentemente al ricovero del 16 luglio 2005 alla Clinica _____ (cfr. inc. 38.2006.66 doc. 28). L'assicurato, tuttavia, non svincolando il Dr. med. _____ né i sanitari del _____ dal segreto professionale, ha impedito all'amministrazione di accertare più approfonditamente il suo stato di salute e la sua abilità lavorativa nei periodi in questione proprio presso quei professionisti che potevano pronunciarsi al riguardo in modo più attendibile e documentato. 2.12. Questa Corte ritiene, inoltre, che il modo di operare della Sezione del lavoro, la quale sulla base degli atti in suo possesso ha ritenuto applicabile all'assicurato l'art. 28 LADI nei periodi dal 1° gennaio al 13 marzo 2005 e dal 14 settembre al 31 dicembre 2005 meriti conferma. Come esposto sopra, al fine di una valutazione retrospettiva della capacità lavorativa di un assicurato, in assenza di più attendibili elementi, decisive risultano le certificazioni rese dai medici curanti, ossia dai quei sanitari che hanno potuto esaminare l'assicurato nel periodo determinante per la lite. Omettendo di svincolare dal segreto professionale il Dr. med. _____ e i medici del _____ che hanno avuto in cura l'assicurato già precedentemente al 1° gennaio 2005, il ricorrente ha reso alquanto complesso, se non impossibile, il compito dell'amministrazione di acclarare le questioni concernenti il suo stato di salute e la sua abilità lavorativa (cfr. consid. 2.6.; DTF 129 V 267). Del resto, giova ribadirlo, è stata questa Corte con sentenza 38.2006.66 del 21 maggio 2001, confermata dal TF, a indicare all'amministrazione di consultare dapprima il Dr. med. _____ e il _____. Ne consegue che, a ragione, la Sezione del lavoro ha proceduto decidendo sulla sola base degli atti a sua disposizione. 2.13. Relativamente al lasso di tempo 1° gennaio - 13 marzo 2005 dalle carte processuali della precedente vertenza (inc. 38.2006.66) risulta che i Dr. med. _____ e _____ dell'_____, il 31 marzo 2006, hanno attestato che nel lasso di tempo precedente il ricovero del 16 luglio 2005 presso la Clinica _____ l'assicurato è stato inabile al lavoro al 100% dal gennaio 2005 al 15 luglio 2005. I medici hanno precisato che "la certificazione riguardante il periodo antecedente al ricovero si basa su valutazioni anamnestiche (informazioni a noi pervenute direttamente o indirettamente dal paziente) e sulla valutazione eseguita dai colleghi del _____ di _____" (cfr. inc. 38.2006.66 doc. 28). Inoltre, nonostante dal rapporto del 13 marzo 2006 del medico fiduciario dell'amministrazione, Dr. med. _____, FMH in medicina interna, emerga che la situazione psichiatrica del ricorrente è

gradualmente peggiorata a partire dal marzo 2005, il medico curante dell'insorgente, Dr. med. _____, il 24 gennaio 2006 ha comunque indicato che l'assicurato soffriva di una grave sindrome depressiva reattiva dall'inizio del 2005 (cfr. inc. 38.2006.66 doc. 22). Quest'ultimo ha esternato analoghe dichiarazioni al Dr. med. _____ nel marzo 2006, ossia che a partire dall'inizio del 2005 è stato riscontrato un chiaro peggioramento dell'equilibrio psichico con in particolare netto peggioramento della sindrome depressiva (cfr. inc. 38.2006.66 doc. 27). E' del resto utile rilevare che il medico curante del ricorrente l'aveva dichiarato inabile al lavoro al 100% già alla fine del 2004, dal 7 al 19 dicembre 2004 (cfr. inc. 38.2006.66 doc. 28). Giova pure ricordare che questa Corte, con giudizio del 6 aprile 2006, ha annullato la sospensione inflitta all'assicurato per avere interrotto, il 23 marzo 2005, il programma di occupazione assegnatogli dal 14 marzo al 13 settembre 2005, poiché, sulla base della documentazione medica, appena sopra menzionata, andava concluso che l'insorgente era impossibilitato, per motivi di salute, a terminare il programma occupazionale e ciò malgrado il certificato del Dr. med. _____ attestante una piena capacità lavorativa dal 20 aprile 2005 (cfr. inc. 38.2005.98). Questa sentenza è peraltro passata in giudicato incontestata. Per quanto attiene all'arco di tempo 14 settembre-31 dicembre 2005, va sottolineato che il Dr. med. _____, nel rapporto del 13 marzo 2006, è giunto alla conclusione che l'assicurato, vista la situazione psichiatrica, era inabile al lavoro per ogni tipo di professione dal mese di marzo 2005 alla fine del 2005, fondandosi, non solo sui certificati dei medici della Clinica _____, bensì anche sulle informazioni rilasciategli dal Dr. med. _____, contattato telefonicamente (cfr. inc. 38.2006.66 doc. 27). Dal citato referto si evince, in particolare, che il Dr. med. _____ ha affermato, da un lato, di seguire da diverso tempo l'insorgente, dall'altro, che a partire da inizio 2005, in seguito anche a problemi familiari o sentimentali, vi è stato un chiaro peggioramento dell'equilibrio psichico del ricorrente fino al ricovero coatto presso la _____ e la prolungata degenza e che l'inabilità lavorativa era dettata essenzialmente dalla problematica psichiatrica (cfr. inc. 38.2006.66 doc. 27). Inoltre i medici dell' _____, il 31 marzo 2006, allorché hanno ribadito che l'assicurato è stato inabile al 100% dal 16 luglio al 19 agosto 2005 durante la degenza presso la _____, si sono limitati a indicare che "è di nuovo completamente abile al lavoro secondo la valutazione dei successivi curanti" (cfr. inc. 38.2006.66 doc. 28) In simili condizioni, dopo attento esame dell'intera documentazione medica agli atti, non potendo fare capo a ulteriori informazioni mediche da parte né del Dr. med. _____, né del _____ a causa della violazione del dovere di collaborare dell'assicurato, occorre concludere che per i periodi dal 1° gennaio al 13 marzo 2005 e dal 14 settembre al 31 dicembre 2005 non può essere stabilito, perlomeno secondo il grado della verosimiglianza preponderante (cfr. RDAT II-2001 N. 91 pag. 378; SVR 2001 KV N. 50 pag. 145; STFA U 162/02 del 29 gennaio 2003; STFA C 264/99 del 18 settembre 2001; STFA H 407/99 del 28 novembre 2000; DTF 115 V 142 consid. 8b, DTF 113 V 323 consid. 2a, DTF 112 V 32 consid. 1c, DTF 111 V 188 consid. 2b; Meyer, "Die Rechtspflege in der Sozialversicherung", in Basler Juristische Mitteilungen (BJM) 1989 pag. 31-32) , che il ricorrente fosse almeno parzialmente abile al lavoro (cfr. art. 28 cpv. 4 LADI; consid. 2.5.). Al riguardo cfr. STF I 906/05 del 23 gennaio 2007, citata al consid. 2.6., nonché STF U 316/06 del 6 luglio 2007. A tale proposito va d'altronde rilevato che il dovere processuale di collaborazione comprende in particolare l'obbligo delle parti di portare - ove ciò fosse ragionevolmente possibile - le prove necessarie, avuto riguardo alla natura della disputa e ai fatti invocati, ritenuto che altrimenti rischiano di dover sopportare le conseguenze della carenza di prove (cfr. STFA C 107/04 del 9 giugno 2005 consid. 3;

STFA P 36/00 del 9 maggio 2001 consid. 3; DTF 125 V 195 consid. 2 con riferimenti).
Riguardo all'obiezione sollevata dall'assicurato secondo cui egli ha regolarmente effettuato ricerche di lavoro (cfr. doc. V), va ribadito quanto già evidenziato nella sentenza 38.2006.66 del 21 maggio 2007 consid. 2.12., e meglio che la prova degli sforzi intrapresi al fine di reperire un'occupazione è rilevante per la valutazione dell'aspetto soggettivo dell'idoneità al collocamento di un assicurato, ossia per verificare se lo stesso, oltre a essere in grado, dal profilo dell'abilità lavorativa, di esercitare un impiego, è anche disposto a cercare e accettare un'occupazione (al riguardo cfr. fra le tante: STF del 3 gennaio 2007 nella causa T., C 126/06). L'art. 28 LADI, come esposto in precedenza, deroga a uno dei principi fondamentali dell'assicurazione contro la disoccupazione, ovvero al concetto secondo cui le relative prestazioni possono essere erogate a un assicurato solo se questi è idoneo al collocamento. Un assicurato, successivamente al lasso di tempo di 30 giorni in cui ha diritto all'indennità giornaliera intera, non ha più diritto a prestazioni a meno che sia abile al lavoro almeno al 50% (cfr. art. 28 cpv. 4 LADI). In queste circostanze, il diritto all'indennità di disoccupazione è escluso a causa dell'inidoneità al collocamento oggettiva. L'idoneità al collocamento soggettiva va esaminata unicamente se l'idoneità oggettiva è adempiuta. Pertanto le ricerche di impiego intraprese dall'assicurato sono, in casu, irrilevanti. 2.14. L'insorgente ha fatto valere che il proprio consulente del personale durante gli appuntamenti non gli avrebbe mai detto che era inabile al lavoro (cfr. doc. V). Al riguardo questa Corte rileva, in primo luogo e soprattutto, che non è competenza dei collocatori attivi presso gli URC valutare lo stato di salute e la relativa capacità al lavoro di un assicurato, bensì dei medici (cfr. art. 28 cpv. 5 LADI). In secondo luogo, che in ogni caso nella presente fattispecie è esclusa una violazione dell'art. 27 cpv. 1 e 2 LPGA, relativo all'informazione e consulenza da parte dell'amministrazione, secondo cui, da un lato, gli assicuratori e gli organi esecutivi delle singole assicurazioni sociali, nei limiti delle loro competenze, sono tenuti ad informare le persone interessate sui loro diritti e obblighi (cpv. 1). Dall'altro, ognuno ha diritto, di regola gratuitamente, alla consulenza in merito ai propri diritti e obblighi. Sono competenti in materia gli assicuratori nei confronti dei quali gli interessati devono far valere i loro diritti o adempiere i loro obblighi. Per le consulenze che richiedono ricerche onerose, il Consiglio federale può prevedere la riscossione di emolumenti e stabilirne la tariffa (cpv. 2). Infatti nel caso in esame non si trattava di fornire all'assicurato delucidazioni in merito a diritti o doveri o avvertimenti circa situazioni pregiudizievoli per lo stesso, dal profilo dell'assicurazione contro la disoccupazione, che potevano essere oggetto di modifiche. L'abilità lavorativa riguarda un aspetto oggettivo dell'assicurato legato alle proprie condizioni di salute. Essa esiste, perlomeno in misura parziale, o non esiste. La capacità al lavoro non può essere mutata a seconda delle conseguenze prospettate. 2.15. Alla luce di tutto quanto esposto, il TCA non può che confermare la decisione su opposizione del 24 novembre 2008 impugnata.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.