

SENTENZA

del 19 agosto 2004

nella vertenza di diritto amministrativo

concernente prestazioni assicurative LAINF

1. ..., 1961, era impiegato in qualità di manovale presso la ditta ... di ... e pertanto obbligatoriamente assicurato all'Istituto nazionale svizzero di assicurazione contro gli infortuni (qui di seguito detto semplicemente istituito) per le conseguenze di infortuni e malattie professionali. Alla guida della propria moto, il 7 giugno 1997, l'assicurato scivolava su terriccio e ghiaia in una curva e finiva la caduta sotto il veicolo. Nell'incidente, che riguardava la parte sinistra del corpo, l'infortunato riportava una contusione alla spalla, un politrauma al polso (con la frattura epifisaria distale del radio, la lussazione anteriore del carpo e la lussazione con rotazione dello scafoide e del semilunare in associazione ad una frattura trasversale del corpo dello scafoide) e al piede (detroncazione dell'astragalo con lussazione mediale del piede). Ospedalizzato presso l'Azienda socio sanitaria di ..., seguivano immediatamente degli interventi di riposizione e osteosintesi a livello del polso e del piede. Sei giorni dopo l'intervento, a livello del polso sinistro si rendeva necessario praticare un nuovo intervento di riposizione. Il materiale d'osteosintesi veniva poi allontanato tramite due separati interventi. Il 9 dicembre 1997, l'assicurato veniva sottoposto ad un nuovo intervento al polso sinistro presso la Clinica ... di ..., nell'ambito del quale si cercava di ovviare all'insoddisfacente riposizione della lussazione, senza però riuscire ad ottenere il successo sperato. A causa del persistere dei dolori al carico, a livello del piede sinistro veniva praticata il 14 settembre 1998 una artrodesi subtalare. Anche queste operazioni richiedevano l'allontanamento del materiale d'osteosintesi, eseguito contemporaneamente il 3 maggio 1999.

2. Il 27 dicembre 1999, l'assicuratore infortuni riconosceva all'assicurato una rendita d'invalidità del 25% a partire dal 1. dicembre 1999 e una indennità per menomazione dell'integrità (IMI) del 30%. In sede di ricorso, il Tribunale amministrativo reputava indispensabile procedere ad ulteriori accertamenti in vista della determinazione del grado d'invalidità e dell'IMI, in considerazione dei divergenti pareri medici agli atti (STA S 00 292). Per questo veniva incaricato dell'ulteriore accertamento il professore dott. med. ... dell'Ospedale universitario di ... In base alle risultanze di questa indagine pluridisciplinare del 3 dicembre 2002, l'esecuzione di un'artrodesi al polso era reputata atta a migliorare sensibilmente la capacità lucrativa dell'infortunato. Questi si opponeva però categoricamente all'intervento. Dopo aver accordato un termine di riflessione per l'esecuzione dell'intervento e intimato all'interessato le conseguenze di un eventuale rifiuto della misura, l'istituto procedeva ad una nuova valutazione del grado d'invalidità secondo le attività teoricamente ancora esigibili dopo l'esecuzione dell'artrodesi. Giusta tale valutazione trovava conferma un grado d'invalidità del 25%. L'IMI, stabilita dall'esperto al 25, 5 e 15%, veniva dall'assicuratore valutata complessivamente al 35%. Dal canto suo, l'assicurato introduceva all'istituto le conclusioni di una nuova perizia psichiatrica, propria a comprovare la inesigibilità dell'intervento preteso. In sede di opposizione, il 21 gennaio 2004, l'istituto confermava il grado di invalidità, la percentuale dell'IMI e il guadagno assicurato sul quale tale percentuale di menomazione andava calcolata.
3. Nel tempestivo ricorso proposto al Tribunale amministrativo in data 20 aprile 2004, ... chiedeva l'annullamento della decisione impugnata, il riconoscimento di un'IMI del 45% e di un grado d'invalidità del 53.25%. Sostanzialmente, l'istante chiede che l'IMI gli venga riconosciuta nella misura stabilita dall'esperto nella perizia fatta allestire dall'istituto convenuto e che tale percentuale venga calcolata in base all'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato in vigore nel 2002 e non a quello che era determinante al momento dell'infortunio. Per il ricorrente, dopo l'esecuzione di ben nove interventi chirurgici, un'ulteriore operazione al polso sinistro sarebbe inesigibile. Per questo, il grado d'invalidità dovrebbe essere stabilito in base alla situazione medica attuale e non come se l'intervento di artrodesi

fosse stato praticato. Tenendo conto delle conseguenze dell'infortunio assicurato, e procedendo al paragone tra il reddito conseguibile senza invalidità e quello ancora realizzabile da invalido, il grado d'invalidità così determinato ammonterebbe al 53.25% o addirittura al 58%.

4. Nella risposta di causa l'assicuratore chiedeva la conferma integrale della decisione su opposizione, richiamandosi essenzialmente alle motivazioni già esposte in sede di opposizione e che, per quanto utili ai fini del presente giudizio, verranno riprese nelle considerazioni di merito che seguono.

Considerando in diritto:

1. Il 1. gennaio 2003 è entrata in vigore la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), la quale contiene diverse disposizioni applicabili anche nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni. Essendo stata la decisione impugnata emanata dopo l'entrata in vigore della LPGA (DTF 127 V 467 cons. 1, 121 V 366 cons. 1b), le nuove disposizioni si applicano al caso in parola nella misura in cui l'art. 82 cpv. 1 LPGA - stando al quale le nuove disposizioni non si applicano alle prestazioni correnti e alle esigenze fissate prima della sua entrata in vigore - non disponga altrimenti. Per quanto riguarda i criteri che regolano la fissazione del grado d'invalidità, le nuove disposizioni della LPGA non apportano cambiamenti sostanziali rispetto alle previgenti disposizioni in vigore fino alla fine del 2002. Per questo può restare aperta la questione di sapere se il diritto del ricorrente si giudichi esclusivamente alla luce delle nuove disposizioni della LPGA o se fino al 31 dicembre 2002 fossero applicabili le vecchie disposizioni ed a partire dal 1. gennaio 2003 le nuove. Per quanto riguarda invece le pretese in merito all'IMI, essendo i presupposti per la nascita di tale diritto insorti sotto l'egida del vecchio diritto (cfr. considerando 4 che segue), le nuove disposizioni della LPGA, in particolare quelle sugli interessi di mora e compensativi (art. 26 LPGA), non trovano applicazione (vedi decisione del TFA del 28 giugno 2004, procedimento no. I 590/03).

2. a) La controversia verte in primo luogo sul grado d'invalidità che il ricorrente presenta. Onde definire questa questione si rende previamente necessario stabilire se l'esecuzione di un'artrodesi al polso sinistro possa essere considerata un intervento esigibile, giacché per l'esperto una simile operazione sarebbe propria a influire in modo determinante sulla residua capacità lucrativa dell'istante, accrescendola sensibilmente. Giusta l'art. 48 della legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), l'assicuratore può ordinare le misure necessarie alla cura adeguata dell'assicurato, tenendo equamente conto degli interessi di quest'ultimo. Il secondo capoverso di detto disposto è stato sostituito dalle disposizioni della LPGA in merito all'esigibilità di misure di carattere medico. A mente dell'art. 21 cpv. 4 LPGA, le prestazioni possono essere temporaneamente o definitivamente ridotte o rifiutate se l'assicurato, nonostante una sollecitazione scritta che indichi le conseguenze giuridiche e un adeguato termine di riflessione, si sottrae, si oppone oppure, entro i limiti di quanto gli può essere chiesto, non si sottopone spontaneamente ad una cura o a un provvedimento d'integrazione professionale ragionevolmente esigibile e che promette un notevole miglioramento della capacità di lavoro o una nuova possibilità di guadagno. Non si possono esigere cure e provvedimenti d'integrazione che rappresentano un pericolo per la vita o per la salute. Operazioni chirurgiche sono in linea di principio esigibili per quanto non siano proprie a mettere in pericolo la vita di una persona, ci si possa attendere con grande verosimiglianza la guarigione o comunque un sensibile miglioramento dei disturbi e quindi un incremento dell'abilità lucrativa, se non provocano delle alterazioni (sfiguramento, storpiamento) visibili e se la loro esecuzione non comporta dolori oltre quanto si possa considerare ragionevole. In questo senso il Tribunale federale delle assicurazioni (TFA) ha considerato esigibile una fissazione della colonna vertebrale (spondilodesi), un'artrodesi alla caviglia o l'amputazione del dito medio, mentre non veniva considerata esigibile da un giovane assicurato un'artrodesi all'anca (sulla problematica vedi P. Omlin, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, pag. 193ss e riferimenti giurisprudenziali).

b) In principio, l'intervento di artrodesi era già stato consigliato in precedenza (vedi osservazioni del 9 dicembre 1997 della dott. med. ... e rapporto di ... del 7 maggio 1998). Il ricorrente produce il parere del dott. med. ... per contestare il preteso effetto benefico dell'artrodesi. Giusta questo medico, una completa sparizione della sintomatologia dolorosa non può essere garantita con certezza. Come però per tutti gli interventi chirurgici, un successo completo e certo non è mai garantibile a priori. In questo senso, che l'artrodesi fosse propria a diminuire la sintomatologia dolorosa era poi confermato anche dal dott. med. ... il 16 marzo 2001. Questa questione è comunque stata definitivamente chiarita dalla perizia ordinata in seguito e datata 3 dicembre 2002, svolta sotto il controllo del professore dott. med. ..., il quale si avvaleva di un team di specialisti in materia di ortopedia, chirurgia, ergoterapia, psicosomatica e di terapia della mano (vedi perizia 3 dicembre 2002 pag. 3). Per artrodesi si intende un intervento chirurgico che provoca l'anchilosi o il blocco definitivo di un'articolazione. Tale intervento elimina completamente la mobilità dell'articolazione, ma la rende solida ed indolore (Dizionario medico Larousse, 1997). Da questa definizione emerge che non si tratti di un'ulteriore operazione correttiva dall'esito incerto, ma dell'intervento conclusivo con il quale si vuole unicamente conseguire una stabilizzazione della situazione ed eliminare i dolori che l'interessato risente ogni qualvolta impiega la mano sinistra. L'intervento non comporta un pericolo per la vita del paziente e può essere eseguito in anestesia parziale. Non si tratta neppure di un intervento che richieda lunghi tempi di convalescenza o caratterizzato dall'insorgenza di dolori particolari. Giusta quanto accertato dal professore dott. med. ..., nella perizia citata, con la fissazione dell'articolazione del polso sinistro verrebbero a scomparire o comunque sensibilmente limitati i dolori che il paziente ancora risente e l'intervento accrescerebbe notevolmente le possibilità di integrazione dell'assicurato. Infatti, mentre attualmente è esigibile unicamente un'attività che richieda l'impiego della sola mano destra, quella sana, dopo l'intervento la mano sinistra potrebbe essere impiegata fino ad un carico di circa 10 kg, anche se resterebbero controindicate delle attività ripetitive. Alla concreta domanda quali delle cinque attività oggetto dei rilevamenti DAP fossero ancora esigibili, l'esperto distingueva chiaramente la situazione prima e dopo l'intervento. Attualmente, è escluso l'esercizio di una qualsiasi delle mansioni

indicate dall'istituto. Dopo l'artrodesi, per contro, erano considerate esigibili tutte le attività proposte e in ragione completa (vedi perizia citata pag. 32). Ne consegue che le indicazioni mediche per procedere all'intervento sono date.

- c) Per l'assicurato, avendo già subito nove interventi chirurgici, non sarebbe soggettivamente esigibile un'ennesima operazione. In primo luogo è bene precisare che i nove interventi di cui il paziente si avvale non si riferiscono tutti al polso sinistro. Dopo la caduta in moto, il ricorrente aveva subito pure delle fratture plurime al piede sinistro, che richiedevano pure ripetuti interventi chirurgici. L'istante annovera poi tra gli interventi subiti anche le operazioni eseguite per l'estrazione del materiale d'osteosintesi, interventi questi che non possono oggettivamente essere considerati alla stregua di un intervento operatorio nel pieno senso del termine (semplicità e rapidità dell'intervento, pressoché totale assenza di convalescenza ecc), giacché attualmente a quasi tutti gli interventi di riposizione di fratture ossee segue il relativo intervento di estrazione del materiale sintetico impiegato. E' comunque indubbio che al polso infortunato, il ricorrente è stato ripetutamente operato nell'intento di porre rimedio ad un insoddisfacente consolidamento della frattura e che i successivi interventi non abbiano apportato miglioramenti significativi, almeno dal punto di vista soggettivo (vedi considerazioni che seguono quanto al verosimile impiego dell'arto sinistro). Situazioni simili non sono però eccezionali, soprattutto se si considera la complessità delle fratture al polso ed al piede (dove si vagliava inizialmente anche una possibile amputazione) sinistri. In sostanza, l'assicurato lamenta continui dolori al minimo impiego dell'arto e mancanza di forza, limitazioni che l'intervento in oggetto è reputato poter ovviare con il necessario grado della probabilità preponderante. Sia poi l'età (quarantatreenne) sia le ottime condizioni fisiche e di salute del ricorrente non permettono di considerare che l'intervento proposto possa essere considerato inesigibile. Anche avendo riguardo alla situazione personale dell'assicurato, considerando che non svolge attività lucrativa e che della figlia si occupa in gran parte anche la nonna, nulla è reputato opporsi all'esecuzione del provvedimento. La nuova perizia psichiatrica dell'8 aprile 2004, del professore dott. med. ..., volta a comprovare l'inesigibilità dell'intervento proposto non è propria a mutare le sorti del giudizio. Da questa perizia emerge

in modo evidente che la sintomatologia dolorosa al polso e la privazione della forza fisica siano tra i principali motivi della precaria situazione del paziente anche da un punto di vista psichico. La decisione di rifiutare in tali condizioni qualsiasi possibilità di migliorare questa situazione non può però in queste circostanze andare a carico dell'assicurazione sociale, ma le conseguenze di tali scelte vanno sopportate semmai dall'assicurato stesso.

- d) Per il dott. med. ..., l'atteggiamento negativo dell'istante nei confronti dell'intervento potrebbe poi avere delle influenze negative sull'esito dell'operazione. Questo all'atteggiamento negativo era già stato rilevato anche dal dott. med. ..., giacché l'istante non rifiutava solo l'artrodesi, ma anche il porto di un supporto fisso per il polso, la presa di medicinali, l'esecuzione di sedute di fisioterapia e di calzare speciali scarpe ortopediche, reputando che comunque nulla potesse migliorare la sua situazione. In questo senso, non è dato trarre conclusioni in termini di esigibilità dall'atteggiamento del paziente che comunque è negativo verso qualsiasi misura o terapia, senza la garanzia di un sicuro esito positivo. Non va poi dimenticato che il triste quadro descritto dal paziente non si conformava del tutto al reperto oggettivo. Il paziente mostrava all'esame una vistosa zoppia da risparmio, mentre radiologicamente il reperto attestava un buon consolidamento della frattura al piede e una densità ossea normale, inoltre la muscolatura delle due gambe era pressoché identica e i piedi presentavano gli stessi calli plantari (vedi perizia 3 dicembre 2002 pag. 27). Tali riscontri depongono per un prolungato e indisturbato impiego di ambedue gli arti inferiori, senza risparmi di sorta. Le stesse osservazioni venivano fatte dall'esperto per i disturbi alla mano sinistra, presentando il braccio un tono muscolare normale e ben sviluppato senza la spiccata atrofia da risparmio, come invece sarebbe ovvio se il suo impiego fosse del tutto impossibile per qualsiasi anche minima attività, come sostenuto dall'istante. Le risultanze dei test per determinare la forza residua della mano sinistra confermavano poi la divergenza tra il quadro oggettivo e quello soggettivo. Ne discende che il solo atteggiamento dell'istante non può essere considerato decisivo per stabilire l'esigibilità dell'intervento. A mente dell'art. 61 OAINF, l'assicurato che senza sufficiente motivo rifiuta cure o provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili ha diritto solo alle

prestazioni che verosimilmente sarebbero dovute considerato l'attendibile esito di dette misure. Per questo nella valutazione del grado d'invalidità verranno prese in considerazione le attività che l'assicurato sarebbe ancora in grado di eseguire dopo l'artrodesi al polso.

3. a) A norma dell'art. 18 cpv. 1 LAINF, l'assicurato invalido almeno al 10 per cento a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita d'invalidità. Le nozioni di invalidità e di incapacità al guadagno sono contenute nella LPGA. E' considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata (art. 8 cpv. 1 LPGA). E' considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, provocata da un danno alla salute fisica o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure e alle misure d'integrazione esigibili, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione (art. 7 LPGA). Giusta quanto previsto all'art. 16 LPGA, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato invalido potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (cfr. anche DTF 128 V 30 cons. 1). L'invalidità è allora definita come la limitazione, addebitabile ad un danno alla salute assicurato, della capacità di guadagno media sul mercato equilibrato del lavoro (DTF 127 V 298 cons. 4c) entrante in linea di conto per l'assicurato. L'invalidità è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 110 V 275 cons. 4a, 109 V 32 cons. 2a, 105 V 207 e 102 V 166). E' vero che sul danno alla salute è competente a pronunciarsi il medico (DTF 114 V 314 cons. 3c e 105 V 158 cons. 1). A questi spetta descrivere la menomazione fisica o psichica di cui l'assicurato è portatore e specificare quali deficit funzionali ne derivano. E' poi compito dell'amministrazione stabilire e valutare quali siano, alla luce dei dati medici raccolti, le reali possibilità di lavoro di cui l'assicurato dispone e poter così stabilire quale potrebbe ancora essere il reddito conseguibile da invalido (DTF 125 V 261 cons. 4).

- b) Per quanto ha tratto all'esigibilità, nella sentenza del Tribunale amministrativo S 00 292, l'istituto veniva invitato a voler chiarire mediante una perizia neutrale quali attività fossero dall'assicurato ancora esigibili e in che misura. Le risultanze di questa indagine sono contenute nella perizia del 3 dicembre 2002, la quale adempie tutti i presupposti posti dalla giurisprudenza per riconoscerle pieno valore probatorio (indagine pluridisciplinare con accertamenti che vengono rispettivamente confermati, conclusioni ben motivate a seguito della descrizione di un contesto medico chiaro, che si basano su di uno studio approfondito e su esami completi, che considerano parimenti le censure espresse e che sono il risultato di una valutazione avvenuta in piena conoscenza dell'anamnesi del paziente). Del resto a prescindere dall'esigibilità dell'artrodesi, il ricorrente non contesta altrimenti le conclusioni peritali. Il ricorrente usa la mano destra come mano dominante. Per l'esperto, dopo l'esecuzione dell'artrodesi, la mano sinistra potrà essere impiegata normalmente (continuamente) ed esercitando una forza di 10 kg. Il paziente resta inadatto a svolgere attività fisicamente impegnative e che richiedono di portare ingenti pesi (superiori a 25 kg). Per i disturbi a livello della spalla sinistra, il ricorrente può solo limitatamente svolgere lavori sopra la linea orizzontale, da evitare sono lavori ripetitivi o che richiedono di portare pesi oltre i 10 kg. Nei limiti descritti in precedenza, il piede sinistro può essere caricato normalmente e le uniche limitazioni riguardano il carico su terreni accidentati e il salire o scendere le scale. In termini di ore lavorative, per attività confacenti, non sussistono limitazioni di sorta, il ricorrente può lavorare sull'arco dell'intera giornata lavorativa e con pieno rendimento. Delle cinque attività nell'industria (DAP descritte agli atti ni. 68-72 dell'istituto) elencate dal convenuto, l'esperto considerava concretamente esigibile tutte queste mansioni, aggiungendo che nell'evenienza entrerebbero comunque anche in considerazione dei lavori come tassista, portiere o venditore in un chiosco.
- c) Il guadagno che l'assicurato avrebbe conseguito senza infortunio nel 2002 non è contestato ed ammonta a fr. 56'636.-- (fr./h 24.75 x 2112 ore + 8.33% di tredicesima). Conformemente alla giurisprudenza del TFA, per la determinazione del reddito conseguibile da invalido - nei casi in cui un assicurato non ha ripreso l'attività dopo l'insorgenza del danno alla salute -

vanno prese a confronto le tabelle RSS (riscossione struttura salariale), emanate dell'ufficio federale di statistica (DAS AI 1999 ni. 6 e 11 e 1998 ni. 8 e 15; DTF 124 V 323 cons. 3b bb e per i Grigioni sentenza non pubblicata del 19 marzo 1999 in re M.B. c. S.). Secondo la tabella TA 1, il reddito mensile medio conseguibile da un lavoratore di sesso maschile in attività semplici e ripetitive del settore privato era nel 2002 di fr. 4'557.-- (fr. 4'566.-- nella regione est della Svizzera giusta la tabella no. 13). Il rispettivo reddito annuo era di conseguenza di fr. 54'684.--. Questo salario era reputato comprensivo di tredicesima mensilità e stabilito sulla base di un orario settimanale di lavoro di 40 ore. In principio si imporrebbe una indicizzazione in base alle ore di una settimana lavorativa corrispondente all'orario di lavoro nell'evenienza preso in considerazione per la determinazione del reddito conseguibile senza invalidità (cfr. DTF 124 V 323 cons. 3b bb e riferimenti e per i Grigioni sentenze non pubblicate del 17 marzo 2000 in re H.M. c. Ufficio AI e 19 marzo 1999 in re M.B. c. S.). Pur tralasciando tale calcolo, a favore del ricorrente, l'istituto ha considerato comunque un grado d'impedimento del 20% ed ha operato il calcolo in base ad un salario ancora conseguibile da invalido di fr. 42'500.-- (recte: fr. 43'747.--). Questa valutazione sfugge a qualsiasi critica. Essendo dall'assicurato esigibile l'esplicazione di un'attività confacente in misura completa, la riduzione operata dall'istituto è considerata tenere ampiamente conto della situazione personale dell'assicurato e in particolare del fatto che non può svolgere lavori di carattere ripetitivo. Infatti, per il TFA la riduzione percentuale del salario statistico (in casu 20%) permette di tener conto degli scapiti finanziari risultanti dall'esplicazione di un'attività non in ragione del 100%. Nell'evenienza però l'assicurato non è reputato limitato in un'attività confacente al suo stato postinfortunistico. Prendendo a paragone il reddito conseguibile senza invalidità e pari a fr. 56'636.-- con quello ancora realizzabile da invalido e pari a fr. 43'747.--, ne risulta un grado d'invalidità del 22.7%. Ne discende che il riconoscimento di una rendita d'invalidità del 25% non dà adito a critiche.

- d) L'indubbia correttezza del grado d'invalidità viene confermata anche operando il paragone dei redditi in base ai rilievi salariali concreti (DAP) riferiti a cinque attività industriali che, a detta dell'esperto, si confanno allo stato di

salute dell'istante e nell'ambito delle quali il ricorrente sarebbe ancora in grado di realizzare un guadagno annuo medio di fr. 48'181.--. In tal caso il relativo grado d'invalidità non ammonterebbe che al 15%.

4. a) Controverso è ancora l'ammontare dell'IMI. Con l'entrata in vigore, il 1. gennaio 1984 della Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), è stata introdotta una particolare forma di prestazione in contanti a titolo di indennità per menomazione dell'integrità. Contrariamente alle altre prestazioni che mirano ad una riparazione, almeno parziale, di un danno economico e materiale, l'IMI è intesa a creare una forma di risarcimento qualora sussista un'offesa all'integrità fisica o mentale. Giusta l'art. 24 LAINF (in tutta la sentenza le disposizioni sull'IMI si riferiscono alle versioni in vigore fino alla fine del 2003), l'assicurato ha diritto ad un'equa indennità se, in seguito all'infortunio, accusa una menomazione importante e durevole dell'integrità fisica o mentale (cpv. 1). L'indennità è determinata simultaneamente alla rendita d'invalidità o al termine della cura medica se l'assicurato non ha diritto a una rendita (cpv. 2). L'IMI è assegnata in forma di prestazione in capitale e non deve superare l'ammontare massimo del guadagno annuo assicurato all'epoca dell'infortunio ed è scalata secondo la gravità della menomazione (art. 25 cpv. 1 LAINF). In virtù della delega di cui all'art. 25 cpv. 2 LAINF, l'IMI è calcolata secondo le direttive figuranti nell'allegato 3 (art. 36 cpv. 1 e 2 OAINF). Il concetto fondamentale, ovvero lo scopo dell'IMI, è quello di alleviare, almeno in parte e con una prestazione finanziaria, gli svantaggi derivanti dal danno immateriale che l'assicurato subisce a seguito dell'avvenimento assicurato. Il calcolo dell'indennità avviene per tutti gli assicurati sulle medesime basi (cioè sul guadagno massimo assicurato e non sul guadagno nell'anno precedente l'infortunio come per le rendite d'invalidità), indipendentemente dal sesso, dall'attività esercitata ecc. Determinante non è che la durata e la gravità della menomazione stessa. Per garantire un'applicazione più facile e trasparente della tabella figurante all'allegato 3, ed a salvaguardia del principio dell'uguaglianza di trattamento, la Divisione medica dell'INSAI ha elaborato criteri più differenziati per valutare le perdite parziali e le lesioni di determinati organi. Queste valutazioni sono contenute nelle tabelle delle "Comunicazioni della divisione medica

dell'INSAI". La compatibilità di tali tabelle con l'allegato 3 all'art. 36 cpv. 2 OAINF è stata dal Tribunale federale delle assicurazioni confermata in DTF 113 V 219, cons. 2b).

- b) Alla domanda a quanto valutava l'IMI, nella perizia 3 dicembre 2002, il professore dott. med. ... rispondeva: 25% per il polso, 5% per la spalla e 15% per il piede. Per questo il ricorrente chiede il riconoscimento di una IMI del 45%. La pretesa misconosce però quanto sancito all'art. 36 cpv. 3 prima frase dell'OAINF, stando al quale se più menomazioni dell'integrità fisica o mentale, causate da uno o più infortuni, sono concomitanti, l'indennità è calcolata in base al pregiudizio complessivo. Questo disposto vuole, da un lato, evitare che l'indennità totale possa tramite separate valutazioni superare l'importo massimo del guadagno assicurato annuo (vedi art. 36 cpv. 3 seconda frase OAINF) e, d'altro canto, evitare che con una valutazione separata vengano indirettamente prese in considerazione più volte le stesse conseguenze o omesse delle conseguenze più gravi. In questo senso le conseguenze di una limitazione alla spalla sinistra, che si traduce con una riduzione della capacità d'impiego del braccio sinistro, possono indubbiamente venire in parte a sovrapporsi a quelle che risultano da una grave compromissione del polso dello stesso arto. In questi casi non è dato sommare semplicemente le due distinte percentuali d'IMI per determinare il diritto complessivo. D'altro canto se la perdita di un occhio dà diritto ad un'IMI del 30%, per la perdita completa bilaterale dell'acuità visiva l'IMI è del 100%. Ne discende che dalla valutazione separata delle diverse menomazioni, il ricorrente deduce a torto un diritto ad una prestazione complessiva corrispondente semplicemente alla somma matematica di detti importi.
- c) Analizzando poi separatamente le valutazioni operate, i medici dell'istituto convenuto consideravano del tutto estranea alle tabelle sopra richiamate la valutazione che l'esperto faceva della menomazione al polso sinistro. Infatti, giusta la tabella 1 delle IMI per gli arti superiori, l'artrosi radiocarpale viene indennizzata con una percentuale del 15%, come del resto confermato anche dal dott. med. ... nella presa di posizione del 14 gennaio 2004. La valutazione in base all'intervento di artrosi sfugge a qualsiasi critica, essendo tale

operazione esigibile per i motivi che sono stati esposti in precedenza. Una diversa valutazione, rispetto alle tabelle applicabili a tutti gli assicurati, sarebbe possibile qualora sussistessero motivi sufficienti per considerare che la situazione del caso concreto richiedesse una valutazione particolare. A sostegno della percentuale del 25% proposta, l'esperto non adduce alcuna motivazione. In questo senso la valutazione operata non convince. In principio, il Giudice delle assicurazioni non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione dell'esperto, il cui compito è propriamente quello di mettere a disposizione del Tribunale le sue conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Se però sussistono fondati motivi per dubitare dell'attendibilità della valutazione del perito, il Giudice può trarre conclusioni diverse da quelle dell'esperto, purché venga valutato l'intero materiale a disposizione e siano indicati i motivi per cui il Giudice si fonda su di un rapporto piuttosto che su di un altro (cfr. sulla questione DTF 125 V 352 cons. 3 e riferimenti e VSI 2001 pag. 108 cons. 3b/aa e riferimenti). In casu, la valutazione proposta dall'istituto e debitamente documentata dalle tabelle convince, mentre quella fornita dall'esperto, non sorretta da alcuna motivazione, non permette di concludere alla difendibilità della discrepanza riscontrata rispetto a quanto indicato per i casi analoghi dalle percentuali di IMI. Ne consegue che la presa in considerazione della percentuale di IMI indicata sulle relative tabelle, pari al 15% per l'artrodesi radiocarpale, e il riconoscimento al ricorrente di una IMI complessiva del 35%, sfugge a qualsiasi critica. Del resto non può in questa sede essere dimenticato che tale percentuale era quella che il ricorrente stesso postulava per la medesima menomazione nel proprio ricorso del 10 ottobre 2000.

- d) Come si è detto, l'art. 25 cpv. 1 LAINF, prevede che l'IMI sia calcolata in base all'ammontare massimo del guadagno assicurato all'epoca dell'infortunio, che nel 1997 era di fr. 97'200.--. Il ricorrente considera che il lungo lasso di tempo trascorso tra l'infortunio del 1997 e il riconoscimento della prestazione giustifichi la presa in considerazione del nuovo guadagno massimo assicurato nel 2002 e pari a fr. 108'188.-- (recte: 106'800.--). La pretesa è infondata già in ossequio al principio della legalità. Il chiaro testo di legge non lascia infatti alcun dubbio sul fatto che il guadagno massimo assicurato determinante è

quello all'epoca dell'infortunio anche se la prestazione viene versata solo al termine della cura medica o al momento della fissazione della rendita d'invalidità (l'unica possibilità per la presa in considerazione di eventuali interessi di mora è rappresentata dalla fissazione dell'IMI ad un'epoca diversa da questi due momenti, DTF 113 V 48ss). Il momento della fissazione della rendita d'invalidità o quello della chiusura della cura medica rispetto a quello nel quale si è verificato l'infortunio è necessariamente differito nel tempo, per cui il legislatore era chiaramente consapevole che il versamento della prestazione avrebbe comunque potuto intervenire anche ad anni dall'infortunio stesso (cfr. sulla questione DTF 127 V 458, dove i giudici federali rifiutavano una diversa interpretazione della legge anche se il risultato del caso concreto avrebbe potuto sembrare insoddisfacente). In casu comunque, la situazione è diversa. Rispetto alla percentuale del 35% a cui il ricorrente ha attualmente diritto a titolo di IMI, l'ammontare corrispondente al 30% era già stato versato al ricorrente alla fine marzo del 1999, ad un'epoca nella quale il guadagno massimo assicurato era ancora sempre di fr. 97'200.--. Per i motivi esposti nel considerando 1 non sussiste neppure un diritto agli interessi moratori per la percentuale del 5% di IMI, riconosciuta e versata all'istante nel 2003. Ne consegue che le pretese ricorsuali si palesano anche su questo punto prive di fondamento e il ricorso deve essere integralmente respinto.

Il Tribunale decide:

1. Il ricorso è respinto.
2. La procedura è gratuita.

L'interposto ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni è stato accolto il 12 ottobre 2006 e la causa rinviata al Tribunale amministrativo (U 348/04).