

# GR\_GERICHTE SV2 2024 80 vom 2. Dezember 2025

GR Gerichte, 2025-12-02, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr\\_gerichte\\_SV2\\_2024\\_80](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_SV2_2024_80)

FR: GR\_GERICHTE SV2 2024 80 du 2 décembre 2025

IT: GR\_GERICHTE SV2 2024 80 del 2 dicembre 2025

## Regeste

Prestazioni assicurative LAINF | Unfallversicherung

## Erwägungen

### E. 10

/ 30 tempestivamente e nella dovuta forma (artt. 60 e 61 lett. b LPGa) è dunque ricevibile.

2.1. Controversi sono il grado d'invalidità a seguito di infortunio e l'IMI statuiti dalla convenuta. Il ricorrente ritiene il grado d'invalidità troppo basso. Egli contesta la capacità lavorativa in attività adeguata fissata al 100%, pretendendo che essa sia fissata al 70%, nonché la deduzione applicata al reddito da invalido, che, a suo parere, andrebbe aumentata. L'IMI di 70% pari a CHF 103'740.00 in rapporto al guadagno annuale di CHF 148'200.00 sarebbe da correggere, tenendo in considerazione un'IMI pari a 85%. 2.2. Nel valutare la questione controversa occorre prendere in considerazione i fatti come si sono presentati al momento dell'emissione della decisione su opposizione del 21 agosto 2024 (cfr. DTF 143 V 295 consid. 4.1.4 e 142 V 337 consid. 3.2.2; sentenza del Tribunale federale 8C\_714/2018 del 5 marzo 2019 consid. 4.3 con riferimenti a DTF 134 V 392 consid. 6 e 130 V 445 consid. 1.2). La valutazione medica del Dr. med. W.\_\_\_\_\_ del 7 novembre 2024 presentata dalla convenuta con risposta al ricorso dell'8 novembre 2024 si riferisce alla visita medica di ottobre 2023 e approfondisce le risultanze già accertate in detta sede: per tale motivo essa viene presa in considerazione. 3. Dapprima vanno ricordati i principi generali relativi alle prestazioni assicurative per quanto riguarda la rendita LAINF. 3.1. Secondo l'art. 10 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto alla cura appropriata dei postumi d'infortunio. Inoltre, egli ha diritto all'indennità giornaliera se, a seguito di un incidente, è totalmente o parzialmente incapace al lavoro (art. 16 cpv. 1 LAINF). È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica o provochi la morte (art. 6 LAINF in combinato disposto con l'art. 4 LPGa). Il diritto alla rendita nasce qualora dalla continuazione della cura medica non sia da attendersi un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato e siano conclusi eventuali provvedimenti d'integrazione dell'AI. Il diritto alla cura medica ed alle indennità giornaliere cessa con la nascita del diritto alla rendita (art. 19 cpv. 1 LAINF). Che l'accaduto del 12 aprile 2022 (trauma multiplo con diverse ferite e fratture: separazione parziale del polpaccio sinistro con recisione dei vasi sanguigni recisi e conseguente danneggiamento dei nervi, frattura dello sterno e delle costole, fuoriuscite di liquidi ed ematomi alla gamba destra) sia da qualificare come infortunio ai sensi della LAINF è indiscusso.

### E. 11

/ 30 3.2. È considerata quale invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata (art. 8 cpv. 1 LPGa). Secondo l'art. 18 cpv.

1 LAINF, l'assicurato invalido almeno al 10 % in seguito a infortunio ha diritto a una rendita d'invalidità. L'obbligo di assunzione delle prestazioni dell'assicuratore contro gli infortuni richiede, tra l'altro, un nesso di causalità naturale tra l'infortunio e il danno verificatosi. Secondo la giurisprudenza, sono richiesti cumulativamente un nesso causale naturale e uno adeguato (cfr. DTF 148 V 301 consid. 2.2). L'adeguatezza non ha praticamente alcun ruolo nell'ambito dell'esame delle conseguenze organicamente e oggettivamente riconosciute degli incidenti, poiché la causalità adeguata coincide in larga misura con quella naturale (cfr. DTF 134 V 109 consid. 2.1). Nel caso di danni alla salute organicamente e oggettivamente provati è solitamente sufficiente esaminare il nesso causale naturale (cfr. DTF 135 V 465 consid. 5.1). Se l'assicuratore contro gli infortuni ha confermato la causalità e ha versato le prestazioni, il suo obbligo di versamento cessa solo se il danno alla salute si basa esclusivamente su cause non correlate all'infortunio. Ciò è il caso se è stato raggiunto lo stato di salute (patologico) esistente immediatamente prima dell'incidente (status quo ante), o lo stato che sarebbe prima o poi insorto anche senza incidente, in base al decorso di una precedente condizione patologica (status quo sine) (cfr. DTF 146 V 51 consid. 5.1; sentenze del Tribunale federale 8C\_727/2022 del 16 marzo 2023 consid. 3.2.4, 8C\_68/2020 dell'11 marzo 2020 consid. 3.2, 8C\_840/2019 del 14 febbraio 2020 consid. 3.2, 8C\_17/2017 del 4 aprile 2017 consid. 2.2, 8C\_570/2014 del 9 marzo 2015 consid. 6.2). Nel presente caso il nesso causale non è contestato. 3.3. La procedura di assicurazione sociale è regolata dal principio inquisitorio (art. 61 LPGa). Il tribunale deve chiarire e stabilire d'ufficio i fatti giuridicamente rilevanti, senza essere vincolato alle osservazioni o alle richieste di prova delle parti. Dalla massima d'inquisizione deriva anche il principio del libero apprezzamento delle prove, secondo il quale il tribunale non è vincolato ad alcuna regola formale in materia di prove (art. 61 lett. c LPGa). Tutto il materiale probatorio deve essere esaminato con imparzialità e attenzione per verificarne la plausibilità. L'amministrazione, risp. l'autorità che decide e, in caso di ricorso, il tribunale, possono accettare un fatto come provato solo se sono convinti della sua esistenza. Nel diritto delle assicurazioni sociali il tribunale deve decidere sulla base della probabilità preponderante, a meno che la legge non preveda diversamente. La mera possibilità dell'avverarsi di una fattispecie non soddisfa i requisiti di prova. Piuttosto, il tribunale deve seguire la versione dei fatti che ritiene più probabile tra tutti i possibili corsi degli eventi (cfr. DTF 144 V 427 consid. 3.2, 138 V 218 consid. 6;

## **E. 12**

/ 30 sentenze del Tribunale federale 8C\_745/2020 del 29 marzo 2021 consid. 1.3, 9C\_439/2020 del 18 agosto 2020 consid. 1.3). 3.4.1. Per quanto riguarda il valore probatorio di una perizia medica, il fattore decisivo è se essa è esaustiva per le questioni controverse, si basa su analisi complete, tiene anche conto dei disturbi lamentati, è stata esperita con conoscenza degli atti precedenti (anamnesi), è sufficiente per fornire un parere medico e se le conclusioni dell'esperto sono giustificate (cfr. DTF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c; cfr. anche sentenze del Tribunale federale 9C\_529/2021 del 26 luglio 2022 consid. 3.2.1, 9C\_528/2021 dell'11 febbraio 2022 consid. 4.1). Secondo la giurisprudenza, anche i referti e le perizie di medici interni dell'assicurazione hanno valore probatorio, purché appaiano come conclusivi, siano comprensibilmente motivati e internamente coerenti, nonché non vi siano prove contro la loro affidabilità. Il semplice fatto che il medico coinvolto è un dipendente dell'assicurazione, non indica di per sé una mancanza di obiettività. Sono piuttosto necessarie circostanze particolari che facciano apparire oggettivamente giustificata la

sfiducia nell'imparzialità del giudizio. Tuttavia, data la notevole importanza dei referti medici nel diritto delle assicurazioni sociali, è necessario applicare uno standard rigoroso all'imparzialità del perito (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3b/ee). Se un sinistro assicurativo deve essere deciso senza ottenere una perizia esterna, è necessario imporre requisiti rigorosi per la valutazione delle prove. In caso di dubbi, anche minimi, sull'affidabilità e sull'efficacia dei risultati medici interni, è necessario effettuare ulteriori chiarimenti (cfr. DTF 145 V 97 consid. 8.5, 142 V 58 consid. 5.1, 139 V 225 consid. 5.2, 135 V 465 consid. 4.4 e 4.6 seg., 125 V 351 consid. 3b/ee; cfr. sentenza del Tribunale federale 8C\_740/2020 del 7 aprile 2021 consid. 2.2). Anche una semplice perizia basata sugli atti ha valore probatorio se questi forniscono un quadro completo della storia clinica, del decorso e dello stato attuale del paziente e se questi dati sono indiscussi; i risultati del riscontro devono essere completi, in modo che il relatore sia in grado di farsi un quadro completo sulla base dei documenti a disposizione (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C\_397/2019 del 6 agosto 2019 consid. 4.3 con rif.). Essenzialmente si tratta solo della valutazione medica specialistica di una fattispecie medica accertata; ciò significa che il coinvolgimento diretto del medico risp. la visita della persona assicurata passa in secondo piano (cfr. sentenze del Tribunale federale 8C\_527/2020 del 2 novembre 2020 consid. 3.2, 8C\_322/2020 del 9 luglio 2020 consid. 3, 8C\_780/2016 del 24 marzo 2017 consid. 6.1, entrambe con rif.).

3.4.2. Per quanto riguarda i medici curanti, in particolare i medici di famiglia, va notato che essi hanno un rapporto contrattuale con l'assicurato. Inoltre, dovendo

### **E. 13**

/ 30 concentrarsi in prima linea sul trattamento del paziente, i loro rapporti non perseguono lo scopo di una valutazione oggettiva dello stato di salute che consenta di prendere una decisione definitiva sulle richieste di risarcimento dell'assicurazione e, quindi, non soddisfano quasi mai i requisiti per una perizia (cfr. DTF 125 V 351 consid. 3a). Per questi motivi e sulla base dell'esperienza si può per conseguenza presupporre che i medici curanti – con riferimento alla loro posizione di fiducia in base al diritto contrattuale –, in caso di dubbio, siano più propensi a testimoniare a favore dei loro pazienti. Ne discende che, in caso di controversia, un'assegnazione diretta delle prestazioni basata esclusivamente sulle indicazioni fornite dai medici curanti non è, di regola, un'opzione. Tuttavia, quanto riferito non esonera il giudice dal dovere di valutare correttamente le prove, in cui devono essere presi in considerazione anche i rapporti presentati dalla persona assicurata. Va in questo senso vagliato se essi mettono in dubbio, anche solo minimamente, l'attendibilità e l'efficacia delle conclusioni dei medici della compagnia di assicurazioni (cfr. DTF 135 V 465 consid. 4.5 seg.; sentenze del Tribunale federale 8C\_301/2021 del 23 giugno 2021 consid. 5.2.2, 8C\_160/2012 del 13 giugno 2012 consid. 3.1.2, 8C\_245/2011 del 25 agosto 2011 consid. 5.3, 8C\_907/2009 del 12 febbraio 2010 consid. 1.1).

4. Grado d'invalidità / rendita LAINF 4.1. Il ricorrente, nel suo ricorso, chiede gli venga concessa una rendita d'invalidità a seguito di infortunio del 100%. In sintesi, a suo dire, non esisterebbero attività a lui adatte, la capacità lavorativa in attività adeguata sarebbe al massimo di 70% e la riduzione del 15% stabilita sul salario da invalido non sarebbe sufficiente. L'Ufficio AI applicherebbe un'analisi dell'invalidità molto diversa da quella della convenuta. Il ricorrente lamenta, inoltre, che la convenuta esigerebbe da lui la ripresa di un'attività leggera seduta in un ambiente adatto, non soggetto a intemperie o simili. Tuttavia, ciò restringerebbe notevolmente il campo delle attività che entrerebbero in considerazione. Infatti, non potrebbe fare il sorvegliante di spazi troppo grandi, che richiederebbero spostamenti o di spazi all'aperto. L'uso di macchinari sarebbe anche limitato a quelli utilizzabili da seduto.

Inoltre, visto che dovrebbe fare due ore di pausa giornaliera al di fuori della pausa pranzo, una al mattino e una al pomeriggio, nessun datore di lavoro sarebbe d'accordo di fermare la produzione in quelle ore. La convenuta non avrebbe fornito alcun esempio concreto di attività ritenute adeguate alla sua situazione. Bisognerebbe in questo senso scostarsi dal concetto di mercato del lavoro equilibrato, poiché l'attività richiesta ai sensi dell'art. 16 LPGA potrebbe essere svolta solo in una forma talmente limitata, che difficilmente esisterebbe sul mercato del lavoro generale o

#### **E. 14**

/ 30 che richiederebbe concessioni irrealistiche da parte del datore di lavoro e, quindi, sarebbe impossibile trovare un lavoro corrispondente. Il medico dell'assicurazione invalidità indicherebbe una capacità lavorativa teorica in attività adeguata del 55-70%; grado che al ricorrente pare più congruo alle sue limitazioni che quello fissato al 100% (con due ore di pausa al giorno, cioè 24%) dalla convenuta, non ritenuto appropriato perché, a suo parere, le limitazioni non sarebbero state considerate nella valutazione medica. La capacità lavorativa fissata dalla convenuta terrebbe conto solo del bisogno di pause legato ai dolori fantasma. Oltre a ciò, gli spostamenti e le attività in piedi andrebbero eseguiti con un bastone e, dunque, con una mano occupata e un rendimento minore. Egli soffrirebbe anche di un rigonfiamento del moncone, dolori, disturbi sensoriali dell'area addominale, che avrebbero un impatto sul rendimento e sulla possibilità di presenza al 100%. Infine, egli dovrebbe andare regolarmente dal fisioterapista e stare seduto potrebbe causargli ulteriori dolori. La valutazione dell'incapacità lavorativa non sarebbe soltanto di competenza medica ma sarebbe l'assicuratore o il giudice a doverla esperire. Riguardo al reddito da invalido, il ricorrente, per quanto concerne la detrazione sullo stipendio da invalido, sostiene che la convenuta non avrebbe preso in considerazione alcune problematiche di salute. La riduzione del 15% stabilita non sarebbe sufficiente. Andrebbe in questo contesto anche considerato il bisogno di pause (se non se ne dovesse tenere conto in maggiore misura nell'ambito della capacità lavorativa). Non si tratterebbe di una doppia presa in considerazione. Oltretutto, non sarebbe stato considerato che egli avrebbe svolto per 24 anni due professioni fisiche abbastanza pesanti e, così, avrebbe percepito un reddito relativamente alto e ottenuto un posto di lavoro con maggiori responsabilità. Tale circostanza sarebbe anche rilevante nell'ambito di una riduzione del reddito statistico. Egli, in definitiva, chiede una rendita d'invalidità a seguito di infortunio del 100%. 4.2. La convenuta, nella sua presa di posizione, per quanto riguarda i principi di diritto applicabili, rinvia alla decisione su opposizione. Ella ritiene le censure riguardo all'incapacità lavorativa sollevate dal ricorrente prive di fondamento e non inficanti le valutazioni del Dr. med. W.\_\_\_\_\_. Le valutazioni dell'assicuratore invalidità non vincolerebbero la convenuta. Ella, inoltre, non sarebbe tenuta a proporre esempi di attività concrete che l'assicurato potrebbe svolgere. L'argomentazione, secondo la quale occorrerebbe discostarsi dal concetto di mercato equilibrato del lavoro perché non esisterebbero attività compatibili con le limitazioni del ricorrente, sarebbe priva di fondamento. Nella valutazione dell'11

#### **E. 15**

/ 30 ottobre 2023, il Dr. med. W.\_\_\_\_\_ avrebbe indicato le limitazioni funzionali riguardanti la capacità lavorativa del ricorrente (vedi in particolare act. I.\_\_\_\_\_ 134 p. 6). Quest'ultimo continuerebbe a disporre di una capacità di lavoro residua e tali capacità residue non sarebbero incompatibili con quanto offerto dal mercato del lavoro equilibrato. Esisterebbe un'ampia gamma di attività semplici e ripetitive – corrispondenti a lavori

leggeri in ossequio alle limitazioni funzionali simili a quelle dell'assicurato – coperte dal mercato del lavoro in generale e dal mercato del lavoro equilibrato in particolare. Vi sarebbero, quindi, sufficienti attività che l'assicurato, nella sua situazione, potrebbe ancora svolgere. In merito alla capacità lavorativa, il Dr. med. W.\_\_\_\_\_ avrebbe proceduto a una valutazione oggettiva e coerente con riferimento alle limitazioni post-infortunistiche. Egli avrebbe tenuto conto della complessità della situazione e dell'insieme delle problematiche. I rimproveri mossi in questo senso sarebbero infondati. Infine, la riduzione del 15% applicata terrebbe ampiamente conto di tutte le specificità del caso del ricorrente, incluse le sue difficoltà relative alle attività pesanti svolte per anni e le sue limitazioni fisiche. Nella decisione su opposizione, la convenuta faceva riferimento all'esame del Dr. med. W.\_\_\_\_\_ del 4 ottobre 2023, riprendendo la rispettiva diagnosi. Riguardo ai dolori fantasma, la convenuta riteneva che questi sarebbero stati considerati nella descrizione delle limitazioni funzionali dell'assicurato (due pause giornaliere). Una deduzione del 25% potrebbe essere applicata qualora dall'insieme delle circostanze personali e professionali sussistano degli indizi che permetterebbero di ammettere che, anche in un'attività idonea, l'assicurato subirebbe un discapito salariale. Una riduzione per le limitazioni derivanti dal danno alla salute si giustificerebbe soltanto se, anche su un mercato generale del lavoro equilibrato, non esisterebbe più un ventaglio sufficientemente ampio di attività accessibili all'assicurato. Le limitazioni mediche già incluse nell'esame della capacità lavorativa residua non dovrebbero influire ulteriormente sulla disamina della riduzione del reddito da invalido e, in questo contesto, comportare un doppio conteggio del medesimo aspetto. Il livello di qualifica 1 della tabella RSS comprenderebbe già una serie di attività leggere, che tengono conto di molte limitazioni. Quindi, la riduzione del 15% terrebbe già conto della situazione e non dovrebbe essere aumentata giacché il medico assicurativo avrebbe sufficientemente e ampiamente considerato le limitazioni funzionali e le problematiche algiche nella descrizione delle limitazioni. La situazione sarebbe stata valutata nel suo globale, tenendo conto di tutte le circostanze pertinenti.

#### **E. 16**

/ 30 4.3. Pareri medici 4.3.1. La Dr. med. S.\_\_\_\_\_, della M.\_\_\_\_\_, nel rapporto medico del 20/22 luglio 2022, riteneva che l'obiettivo relativo al lavoro era di trovare un campo di attività adeguato. comprendente un alternarsi di attività in piedi, da seduto e camminando. In discussione vi sarebbe stato l'impiego nella sala di controllo/macchine (act. I.\_\_\_\_\_ 56). 4.3.2. I Dr. med. T.\_\_\_\_\_ ed S.\_\_\_\_\_, della M.\_\_\_\_\_, ritenevano nel rapporto medico d'uscita del 30 novembre/6 dicembre 2022 che l'ulteriore valutazione per quanto riguardava il procedere lavorativo sarebbe stata effettuata dal medico di famiglia o dal chirurgo. Al momento non sarebbe ancora stato possibile stabilire l'adeguatezza in modo definitivo, poiché ci si sarebbe trovati ancora nella fase medica. Nella seconda parte del rapporto, i dottori ritenevano che, durante il periodo di trattamento, sarebbero stati realizzati progetti e svolti compiti nel laboratorio interno di falegnameria. La capacità operativa, sia nella vita quotidiana che nel lavoro, non sarebbe limitata a livello cognitivo. A causa della ridotta capacità di carico ancora esistente e delle limitazioni fisiche dovute alla protesi, la funzionalità generale, in particolare la mobilità, sarebbe comunque limitata. Per spostarsi, il ricorrente avrebbe bisogno di un bastone o di una sedia a rotelle, ma sarebbe in grado di percorrere brevi distanze all'interno dell'officina senza ausili. Il datore di lavoro abituale sarebbe stato disposto a offrire al paziente un posto di lavoro consono ("Schonarbeitsplatz") all'interno dell'azienda e a fornirgli il proprio sostegno. Per il procedere dopo l'uscita dalla clinica i medici consigliavano, dal punto di vista ergoterapeutico, di riprendere l'attività

lavorativa sotto forma di un tentativo lavorativo per adattarsi e abituarsi. Essi sottolineavano che i lavori e i compiti da svolgere sarebbero da adattare alla situazione attuale del paziente (cioè requisiti fisici, attività di routine, nessuna pressione in termini di prestazioni o tempistiche). Una struttura regolare con pause sufficienti per abituarsi al lavoro era da loro valutata come essenziale per un reinserimento di successo (act. I. \_\_\_\_\_ 83). 4.3.3. Riguardo alla visita medico-assicurativa del 4 ottobre 2023, il Dr. med. W. \_\_\_\_\_ indicava che il ricorrente si sarebbe trasferito in Y. \_\_\_\_\_ nel 1986. Egli non avrebbe concluso, né in X. \_\_\_\_\_ né in Y. \_\_\_\_\_, una formazione professionale con diploma. Inizialmente avrebbe lavorato per 12 anni come operaio qualificato nel settore alberghiero. Dal 1998 in poi sarebbe stato impiegato presso gli impianti di risalita: prima come controllore, poi come tecnico e macchinista e, da ultimo, come vicecapo squadra con il compito della supervisione e controllo dei binari e delle condizioni della linea. Si tratterebbe, quindi, di un'attività prevalentemente svolta in

#### **E. 17**

/ 30 piedi e camminando, con lavori in parte fisicamente impegnativi che comprenderebbero la sostituzione delle ruote dentate sui binari, lo sgombero della neve e la manipolazione e lubrificazione della catena di trazione. Il medico riteneva anche che, a causa delle conseguenze dell'infortunio, il ricorrente non sarebbe più in grado di svolgere attività che comporterebbero il sollevamento ripetitivo di carichi o pesi superiori a 10 kg, lavori in condizioni climatiche avverse, lavori che richiederebbero posture forzate delle articolazioni del ginocchio e lavori che dovrebbero essere svolti, esclusivamente o prevalentemente, in piedi o camminando. A causa delle conseguenze dell'infortunio subito, l'assicurato avrebbe potuto svolgere solo lavori fisici leggeri da seduto, tenendo conto delle esclusioni sopra menzionate. L'assicurato avrebbe potuto svolgere le attività adeguate alla sua condizione fisica a tempo pieno, ma, a causa dei dolori fantasma, andrebbe concessa un'ora di pausa supplementare al mattino e al pomeriggio, oltre alle normali pause di lavoro. Il medico concludeva, indicando che il ricorrente sarebbe una persona che continuerebbe ad essere gioiosa e ottimista e che vi sarebbe stato un decorso terapeutico rapido e senza complicazioni della lesione estremamente grave (act. I. \_\_\_\_\_ 134). 4.3.4. Il Dr. med. W. \_\_\_\_\_ si esprimeva nuovamente con breve valutazione medico assicurativa del 29 novembre 2023. La convenuta domandava se un'attività secondaria adeguata alla patologia sarebbe ancora ragionevole. Il dottore rispondeva che anche l'attività secondaria di taglio del prato e rimozione della neve non potrebbe più essere svolta dall'assicurato, poiché da effettuare su terreni in parte irregolari, in condizioni climatiche avverse e in posizione eretta (act. I. \_\_\_\_\_ 150). 4.3.5. Nella sua valutazione medica del 7 novembre 2024, il Dr. med. W. \_\_\_\_\_ si riferiva alla precedente valutazione di ottobre 2023. Egli aggiungeva che i dolori fantasma non sarebbero stati presi in considerazione solo ai fini della valutazione del danno all'integrità fisica, ma anche nella formulazione del profilo di ragionevolezza causato dall'incidente sotto forma di una limitazione temporale della capacità di svolgere attività ragionevoli adeguate. Inoltre, egli confermava le attività adeguate da lui già formulate. Egli sottolineava però che all'assicurato sarebbero state concesse ulteriori limitazioni temporali nell'esercizio dell'attività adeguata alla sua patologia a causa dei dolori fantasma esistenti (act. A2). 4.4. Attività adeguate e capacità lavorativa residua 4.4.1. È considerata invalidità l'incapacità al guadagno, la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in

#### **E. 18**

/ 30 considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili (art. 7 cpv. 1 LPGA). Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute. Inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA; DTF 141 V 574 consid. 5.2 con riferimento a 139 V 547 consid. 5.7, 140 V 197 consid. 6.2.1). La possibilità di una persona assicurata di sfruttare il restante potenziale di prestazione sul mercato del lavoro generale equilibrato dipende dalle circostanze specifiche del singolo caso. Secondo la giurisprudenza, sono determinanti tipo e proprietà del danno alla salute e delle sue conseguenze, il prevedibile sforzo di adeguamento e di introduzione al lavoro e, in questo contesto, anche la struttura della personalità, doti e know-how esistenti, formazione, carriera professionale o l'applicabilità dell'esperienza professionale del proprio campo di lavoro. Il mercato del lavoro equilibrato rappresenta una grandezza teorica, così che non possa essere ritenuto con leggerezza che la residua capacità di prestazione non sarebbe sfruttabile. Il mancato sfruttamento della capacità di lavoro residua è da presumere se l'attività ragionevolmente esigibile è possibile solo in una forma così limitata, che il mercato del lavoro equilibrato praticamente non la conosce o sarebbe possibile solo con una concessione irrealistica di un datore di lavoro medio e trovare una posizione adeguata sembra quindi essere escluso a prescindere (cfr. DTF 148 V 174 consid. 9.1, 138 V 457 consid. 3.1, entrambi con riferimenti; sentenze del Tribunale federale 8C\_323/2021 del 14 aprile 2022 consid. 6.1 e 9C\_15/2020 del 10 dicembre 2020 consid. 6.1 con riferimenti). 4.4.2. La prima censura del ricorrente relativa all'assenza di attività adatte a lui con conseguente dovere di scostamento dal concetto di mercato del lavoro equilibrato è infondata. Innanzitutto, il ricorrente non presenta documentazione medica atta a sostenere le sue allegazioni. Si nota altresì che l'art. 7 LPGA considera espressamente il concetto di mercato del lavoro equilibrato, il quale rappresenta una grandezza teorica, ed è così anche implementato nelle valutazioni e decisioni riguardanti l'invalidità, motivo per cui non è dato discostarsi da tale concetto. Va aggiunto che, ai sensi dell'art. 28 cpv. 4 OAINF, l'assicuratore contro gli infortuni non è tenuto a verificare se e in che misura una persona assicurata (in età avanzata) sia in grado di sfruttare la sua capacità lavorativa residua teorica dal punto di vista medico (sentenze del Tribunale federale 8C\_219/2022 del 2 giugno 2022 consid. 6.5, 8C\_603/2020 del 4 dicembre 2020 consid. 3.4). Tale giurisprudenza si può applicare anche al caso in oggetto. In ogni caso, le attività ragionevolmente esigibili dal ricorrente non sono possibili solo in una forma così limitata che il mercato del

## **E. 19**

/ 30 lavoro equilibrato non le prevedrebbe risp. il datore di lavoro dovrebbe fare delle concessioni irrealistiche. Infatti, i Dr. med. T.\_\_\_\_\_ ed S.\_\_\_\_\_, nel rapporto medico d'uscita del 30 novembre/6 dicembre 2022, ritenevano che il datore di lavoro sarebbe stato disposto a offrire al ricorrente un posto di lavoro più adatto alle sue esigenze ("Schonarbeitsplatz", act. I.\_\_\_\_\_ 83). La Dr. med. S.\_\_\_\_\_ (act. I.\_\_\_\_\_ 56) prevedeva, oltretutto, per es. la possibilità di un impiego nella sala di controllo/macchine. Infine, come rettamente sostiene la convenuta, l'assicuratore infortuni non è tenuto a proporre esempi di attività concrete che l'assicurato potrebbe svolgere, anche perché, in un ambito così complesso e con tante variabili, proporre delle attività concrete, limiterebbe il campo d'applicazione per il ricorrente, in quanto l'attività concreta dipende dall'accordo con il datore di lavoro. Ne consegue che, la censura ricorsuale risulta infondata. 4.4.3. Riguardo alla lamentela relativa alle valutazioni contrastanti dei diversi istituti assicurativi, si ravvisa

che l'assicuratore infortuni non è vincolato dalle conclusioni dell'Ufficio AI (cfr. tra tante DTF 119 V 468). Sebbene le conclusioni in merito al grado di invalidità di un istituto assicurativo possano essere prese in considerazione, le rispettive valutazioni possono differire, anche perché i parametri applicati e i calcoli effettuati non sono identici (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C\_429/2021 del 17 maggio 2022 consid. 5.1). 4.4.4. Per quanto riguarda la censura che la valutazione dell'incapacità lavorativa non sarebbe soltanto di competenza medica ma spetterebbe all'assicuratore o al giudice, si rimanda ai principi di diritto riferiti ai consid. 3.3., 3.4.1. e 3.4.2 summenzionati. Inoltre, va ricordato che, in definitiva, è decisivo se una perizia medica è esaustiva per le questioni controverse, si basa su analisi complete, tiene conto dei disturbi lamentati, è stata esperita con conoscenza degli atti precedenti (anamnesi), è sufficiente per fornire un parere medico e le conclusioni dell'esperto sono giustificate. Nel caso in rassegna il medico assicurativo, come rettamente sostiene la convenuta, ha effettuato una valutazione oggettiva e coerente, con riferimento alle limitazioni post-infortunistiche. Egli ha tenuto conto della complessità della situazione e dell'insieme delle problematiche, motivo per cui il suo rapporto medico risulta utilizzabile. In questo caso, in assenza di altre valutazioni mediche relative alle tematiche mediche di rilevanza, la convenuta, nonché questo Tribunale, possono a ragione basarsi sui rapporti medici del Dr. med. W.\_\_\_\_\_, i quali rivestono pieno valore probatorio. Il ricorrente, d'altronde, non fa valere il contrario. Non sono ravvisabili motivi per i quali ci si dovrebbe discostare dalla valutazione medica presente agli atti. Ne discende che la capacità lavorativa al

## **E. 20**

/ 30 100% in attività adeguate ivi ritenuta e ripresa dalla convenuta nella sua decisione va confermata in questa sede. 4.5. Salario da valido e da invalido 4.5.1. Il ricorrente non contesta il salario da valido, il quale non è oggetto litigioso di questo procedimento. Per contro, egli ritiene che la deduzione sociale del 15% apportata al salario da invalido non sarebbe sufficiente. 4.5.2. Se e in quale misura i salari fondati su dati statistici debbano essere ridotti, dipende dall'insieme delle circostanze personali e professionali del caso concreto (limitazione addebitabile al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione). Una deduzione massima del 25% del salario statistico permette di tener conto delle varie particolarità suscettibili di influire sul reddito del lavoro. Inoltre, il giudice chiamato a pronunciarsi sulla deduzione globale, la quale deriva da una stima che l'amministrazione deve succintamente motivare, non può senza valido motivo sostituire il proprio apprezzamento a quello degli organi dell'assicurazione (cfr. DTF 137 V 71 consid. 5.2, 134 V 322 consid. 5.2, 126 V 75 consid. 5b/cc e 6). Una deduzione per le limitazioni funzionali dovute al danno alla salute si giustifica soltanto se, tenuto conto degli impedimenti legati alla persona o al posto di lavoro, anche su un mercato del lavoro equilibrato non esiste più un ventaglio sufficientemente ampio di attività accessibili all'assicurato (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C\_174/2019 del 9 luglio 2019 consid. 5.2.2). In tutti gli altri casi non viene applicata nessuna deduzione a tale titolo, nemmeno se la capacità lavorativa completa in attività adeguate non comporta il rischio di una doppia deduzione ingiustificata (cfr. DTF 146 V 16 consid. 4.1; sentenze del Tribunale federale 8C\_111/2021 del 30 aprile 2021 consid. 4.3.1, 8C\_9/2020 del 10 giugno 2020 consid. 4.4.4, 8C\_495/2019 dell'11 dicembre 2019 consid. 4.2.2 con rinvii). Va ricordato che le limitazioni mediche già incluse nell'esame dell'incapacità lavorativa residua non devono influire ulteriormente nella disamina della riduzione del reddito da invalido. In considerazione dell'esigibilità risp. dei

limiti funzionali posti al ricorrente si può affermare che in un mercato equilibrato non sussiste più un ventaglio di attività a lui ancora accessibili così ampio. Una deduzione sul salario statistico per le limitazioni dovute al danno alla salute si giustifica in questo caso, visti gli impedimenti legati alla persona (amputazione di una buona parte di una gamba, obbligo di utilizzo di un bastone per il movimento, capacità di effettuare lavori sedentari con due ore di pausa al giorno) e, in questo senso, considerate le limitazioni riguardanti l'esclusione di determinate attività (act. I.\_\_\_\_\_ 134). A tal titolo, infatti, è necessario concedere una detrazione sul reddito da invalidità se una persona assicurata è limitata nelle sue capacità lavorative anche

## **E. 21**

/ 30 nell'ambito di lavori di manovalanza fisicamente leggeri (cfr. anche sentenze del Tribunale federale 8C\_410/2023 del 5 dicembre 2023 consid. 5.4.2.3, 8C\_174/2019 del 9 luglio 2019 consid. 5.2. entrambe con rif.). 4.5.3. L'entità della deduzione sociale a seguito delle limitazioni fisiche è una tipica questione discrezionale; essa deve essere valutata complessivamente nel singolo caso, tenendo conto di tutte le circostanze e secondo il dovere di discrezionalità (cfr. DTF 135 V 297 consid. 5.2). Sebbene il tribunale cantonale non sia limitato all'esame delle violazioni di diritto e, in questo senso, possa valutare anche l'adeguatezza, esso non può comunque sostituire il proprio potere discrezionale a quello dell'amministrazione senza un valido motivo (cfr. DTF 137 V 71 consid. 5.2, 135 V 297 consid. 5.2, 126 V 75 consid. 6; sentenza del Tribunale federale 8C\_829/2019 del 6 marzo 2020 consid. 4.3.1). Dalle decisioni della convenuta risulta che la capacità lavorativa in attività adeguata fissata al 76% considera anche le possibilità e le limitazioni fisiche del convenuto e si riallaccia ai rapporti medici agli atti. Come ben ritiene la convenuta, nella valutazione dell'11 ottobre 2023, il Dr. med. W.\_\_\_\_\_ indicava, in modo esaustivo, le limitazioni funzionali riguardanti la capacità lavorativa del ricorrente (vedi in particolare act. I.\_\_\_\_\_ 134 p. 6). Le valutazioni di detto dottore appaiono coerenti e oggettive e considerano tutte le problematiche del ricorrente. Infatti, nella decisione del 24 gennaio 2024, la convenuta riprendeva tali valutazioni, ritenendo che il ricorrente avrebbe dovuto stare seduto per poter lavorare e avere diritto a un'ora di pausa al mattino e al pomeriggio, da ricondurre ai dolori fantasma. Tale ora si traduce quindi in un'incapacità lavorativa in attività adeguata del 24% (cfr. act. I.\_\_\_\_\_ 166 p. 2). Per quanto riguarda la deduzione in questione, per il Tribunale adito non sussiste alcun motivo di ingerire nella valutazione della istanza precedente, visto il suo ampio margine discrezionale. Inoltre, considerando le limitazioni fisiche subite dal ricorrente, una tale deduzione risulta essere giustificata, in quanto la convenuta ha chiaramente tenuto conto del fatto che il ricorrente può svolgere solo attività sedentarie e necessita di pause (cfr. sentenza del Tribunale amministrativo del Canton Svitto I 2024 42 del 13 gennaio 2025 consid. 5.4.6; sentenza del Tribunale delle assicurazioni sociali del Canton Zurigo IV.2014.00876 del 30 novembre 2015 consid. 4.3.4). Infine, la convenuta ha già considerato le limitazioni funzionali del ricorrente nel calcolo della sua capacità lavorativa in attività adeguata, incluse quindi anche le difficoltà relative alle attività pesanti svolte per anni e le sue limitazioni fisiche; motivo per cui nella deduzione non vanno nuovamente considerate (cfr. tra tante sentenza del Tribunale federale 8C\_260/2024 del 25 novembre 2024 consid. 4.1). Di conseguenza, risulta che la deduzione di 15% risulta essere opportuna.

## **E. 22**

/ 30 4.5.4. In conclusione, in questo punto il ricorso è da respingere e la decisione su opposizione del 21 agosto 2024 da confermare. 5. Indennità per menomazione dell'integrità (IMI) 5.1. Oggetto litigioso di questo procedimento è anche la valutazione dell'IMI. Il ricorrente ritiene di principio corretta la valutazione effettuata dalla convenuta, che ha riconosciuto un grado IMI per la gamba sinistra del 50%. Tuttavia, egli ravvisa che tale valutazione (come anche quella del medico fiduciario del 4 ottobre 2024) non terrebbe conto dei dolori fantasma invalidanti e richiede un'IMI aggiuntiva del 5%. Secondo una recente sentenza in un caso analogo (del Tribunale Cantonale di Basilea-Città del 7 aprile 2021), per i dolori fantasma legati all'amputazione delle dita sarebbe stata riconosciuta un'IMI del 5%. Un riconoscimento superiore si giustificerebbe, poiché, in assenza di ciò, il ricorrente riceverebbe la medesima indennità di una persona che ha subito la stessa amputazione, ma senza dolori fantasma. Egli, infine, ricorda che le direttive e le tabelle a tal riguardo sarebbero state giudicate non esaustive da parte del Tribunale federale. Riguardo alla gamba destra egli precisa che la tabella no. 5 indicherebbe che, se oltre all'artrosi persisterebbe anche un'instabilità, bisognerebbe riferirsi al valore dell'artrosi grave. Pertanto l'IMI del 20% riconosciuta per ginocchio e caviglia destri dovrebbe essere almeno del 30%. Egli non contesta le valutazioni mediche riguardo alla mobilità o allo stato della gamba destra, ma richiede vengano applicate le normative della tabella no. 5. Il paragone fatto dalla convenuta con una persona che ha subito una lesione del midollo spinale e paralizzata non reggerebbe. Il pregiudizio residuo del ricorrente sarebbe più importante che per una persona che avrebbe perso solo l'uso degli arti. Situazioni mediche diverse non sarebbero paragonabili. Il ricorrente nella replica ritiene poi che il paragone della situazione del ricorrente con quella di una persona paraplegica sarebbe fuorviante e arbitrario. Una persona paraplegica non presenterebbe gli stessi danni corporali come lui. In particolare, non proverebbe né dolori fantasma né un danno grave multi-legamentoso al ginocchio destro con instabilità, come anche problemi all'addome e alla caviglia destra. Il medico assicurativo commetterebbe un eccesso del potere discrezionale, limitando la sua valutazione sulla base di un paragone con una persona tetraplegica, mentre le tabelle lo autorizzerebbero ad attribuire un'IMI più importante. Sia la tabella per valutare l'artrosi (tabella no. 5), sia quella per l'instabilità (tabella no. 6) indicherebbero espressamente che, in caso di dimostrata combinazione di instabilità e artrosi dell'articolazione colpita, si terrebbe conto della valutazione più elevata. Conformemente alla giurisprudenza del Tribunale federale, ci sarebbe la possibilità di riferirsi alla tabella no. 7 anche per le problematiche di dolori alla

## **E. 23**

/ 30 gamba. Le persone senza le ginocchia non ritroverebbero la stabilità e la mobilità presenti prima e dovrebbero usare delle stampelle/bastone per spostarsi senza sedia a rotelle e per stare in piedi. Sarebbe una grave perdita con conseguente riduzione del godimento della vita. 5.2. Nella decisione su opposizione, confermata nella presa di posizione, la convenuta indicava che i dolori fantasma sarebbero stati considerati nella generosa valutazione globale dell'IMI esperita dal medico assicurativo. Inoltre, il Dr. med. W.\_\_\_\_\_ avrebbe analizzato in modo completo ed esaustivo la situazione del ricorrente, tenendo conto di tutti gli elementi. Se a titolo comparativo si fossero esaminati i valori IMI, corrispondenti a problematiche ben più invalidanti di quella che avrebbe colpito il ricorrente (valori della tabella no. 21 I.\_\_\_\_\_ per l'IMI per il midollo spinale), ci si renderebbe conto che la valutazione fatta non potrebbe essere criticata su tale aspetto. Nella duplice la convenuta ritiene che il ricorrente non riuscirebbe a mettere in discussione la posizione del

Dr. med. W.\_\_\_\_\_. Il riferimento alla paraplegia sarebbe stato utilizzato a scopo esplicativo, per facilitare la comprensione della portata delle richieste di controparte e per evidenziarne l'infondatezza e sproporzionalità. 5.3. Per la gamba sinistra, prima di introdurre la sua risposta al ricorso, la convenuta, nella presa di posizione, ritiene che avrebbe nuovamente consultato il Dr. med. W.\_\_\_\_\_, il quale, con parere medico del 7 novembre 2024, avrebbe sottolineato come il dolore fantasma non sarebbe esplicitamente indicato nelle tabelle di riferimento della I.\_\_\_\_\_ in relazione agli arti inferiori. I dolori verrebbero tuttavia presi in considerazione per quanto attiene le attività ragionevolmente esigibili. Secondo il dottore, l'apprezzamento della convenuta sarebbe stato generoso al riguardo. La convenuta ravvisa che il valore dell'IMI di 50% sarebbe di solito applicato ad amputazioni più invasive, comprendenti anche l'articolazione dell'anca. Quindi, tale IMI terrebbe già conto di tutte le problematiche correlate all'amputazione e, per conseguenza, anche quella concernente il dolore fantasma. Riguardo alla gamba destra, il Dr. med. W.\_\_\_\_\_ avrebbe rilevato che, per quanto riguarda l'articolazione del ginocchio destro, il danno multi-legamentoso e il danno all'integrità correlato all'incidente sarebbero stati valutati al 20-30% in conformità alla tabella I.\_\_\_\_\_ no. 6. Sarebbe stato effettuato un confronto incrociato con altri quadri clinici gravi in merito al danno complessivo dell'integrità di entrambe le gambe. Ancora a mente del medico, per una paraplegia completa verrebbe erogata un'IMI del 70-75%. La convenuta conclude quindi un'IMI dell'85% sarebbe sproporzionata e non rispettosa del principio d'eguaglianza fra assicurati.

#### **E. 24**

/ 30 5.4. Secondo l'art. 24 cpv. 1 LAINF, l'assicurato ha diritto ad un'equa indennità se, in seguito all'infortunio, accusa una menomazione importante e durevole all'integrità fisica, mentale o psichica. Giusta l'art. 36 cpv. 1 OAINF, una menomazione dell'integrità è considerata durevole se verosimilmente sussisterà per tutta la vita almeno con identica gravità. Essa è importante se l'integrità fisica, mentale o psichica, indipendentemente dalla capacità di guadagno, è alterata in modo evidente o grave. L'IMI è assegnata in forma di prestazione in capitale. Essa 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). L'IMI ha la funzione di risarcimento morale. Serve a compensare un danno immateriale (dolori, sofferenze, diminuzione della gioia di vivere, limitazione dei piaceri offerti dall'esistenza, ecc.) che persiste oltre la fase del trattamento medico e che si suppone permarrà per tutta la vita (cfr. DTF 133 V 224 consid. 5.1). Il Consiglio federale emana disposizioni particolari sul calcolo dell'indennità (art. 25 cpv. 2 LAINF un combinato disposto con l'art. 36 OAINF). Secondo l'art. 36 cpv. 2 OAINF, l'IMI è calcolata secondo le direttive figuranti nell'allegato 3 OAINF. In questo contesto, il Consiglio federale, in una scala legittimamente riconosciuta ma non esaustiva (cfr. DTF 124 V 29 consid. 1b con riferimenti), ha ponderato in percentuale i danni frequenti e tipici. Secondo l'allegato 3 OAINF, per le IMI menzionate, l'indennità corrisponde, nel caso normale, al tasso indicato dell'ammontare massimo del guadagno assicurato (allegato 3 cifra 1 cpv. 1 OAINF). Per le menomazioni speciali dell'integrità e quelle non indicate nelle tabelle raffigurate, l'indennità è calcolata secondo il valore della tabella in funzione della gravità della menomazione (allegato 3 cifra 1 cpv. 2 prima frase OAINF). In questo senso, la I.\_\_\_\_\_ ha elaborato ulteriori basi di valutazione per sviluppare ulteriormente la scala emanata dal Consiglio federale. Queste tabelle pubblicate nelle comunicazioni del Dipartimento medico della I.\_\_\_\_\_ concernenti la compensazione della menomazione dell'integrità ai sensi della LAINF rappresentano griglie di precisione per la valutazione.

Nella misura in cui contengono solamente valori di riferimento, volti a garantire la parità di trattamento di tutti gli assicurati, sono compatibili con l'allegato 3 OAINF (cfr. DTF 124 V 29 consid. 1c, 116 V 156 consid. 3a con riferimenti; sentenza del Tribunale federale 8C\_478/2022 del 30 maggio 2023 consid. 6.1). Le menomazioni dell'integrità che non raggiungono il tasso del 5% della tabella, non danno diritto ad alcuna indennità (allegato 3 cifra 1 cpv. 3 OAINF). La determinazione della menomazione dell'integrità è una questione di fatto che deve essere valutata da un medico (cfr. DTF 140 V 193 consid. 3.2; sentenze del Tribunale federale 8C\_1/2023 del 6 luglio 2023 consid. 9.1, 8C\_653/2020 del 15 febbraio 2021 consid. 5.1 e 8C\_762/2019 del 12 marzo 2020 consid. 6.3; anche BERGER, in Frésard/Fellay/Leuzinger/Pärli

## **E. 25**

/ 30 [Hrsg.], Basler Kommentar zum Unfallversicherungsgesetz, 2019, art. 25 n. 13). La gravità della menomazione dell'integrità viene valutata esclusivamente sulla base di risultati medici. A differenza della riparazione morale in ambito di diritto privato, eventuali particolarità individuali della persona assicurata non vengono considerate (cfr. DTF 115 V 147 consid. 1, 113 V 218 consid. 4b; sentenze del Tribunale federale 8C\_756/2019 dell'11 febbraio 2020 consid. 4.2, 8C\_812/2010 del 2 maggio 2011 consid. 6.2). In un primo passo spetta al medico, tenendo conto dei danni all'integrità elencati nell'allegato 3 dell'OAINF e, se del caso, nelle tabelle della I.\_\_\_\_\_, pronunciarsi sulla sussistenza e sull'entità di un danno. Spetta successivamente all'amministrazione e, in caso di ricorso, al Tribunale, sulla base dei risultati delle perizie mediche, valutare giuridicamente se sussiste un danno all'integrità fisica, se sia stata raggiunta la soglia di rilevanza e, in caso affermativo, quale sia l'entità del danno rilevante. Il fatto che le autorità amministrative e/o giudiziarie debbano attenersi alle indicazioni mediche, nulla muta al fatto che la valutazione del danno all'integrità, come base del diritto alle prestazioni legali, spetta in ultima analisi all'amministrazione, in caso di controversia al Tribunale, e non al medico specialista (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C\_316/2022, 8C\_330/2022 del 31 gennaio 2023 consid. 6.1.3.1 con rif). 5.5.1 Gli unici rapporti medici agli atti relativi all'IMI sono i due rapporti del medico assicurativo Dr. med. W.\_\_\_\_\_. Egli esperiva una valutazione medico-assicurativa datata 5/11 ottobre 2023 riguardante la visita del 4 ottobre 2023 (act. I.\_\_\_\_\_ 133). Egli stimava l'IMI complessiva a 70%, ossia 50% per la gamba sinistra e 20% per quella destra (articolazione del ginocchio destro, compresa l'articolazione tibio-tarsica destra). Egli si basava sulla tabella no. 4 I.\_\_\_\_\_, secondo la quale, l'amputazione a metà coscia (foto 15) verrebbe valutata con 50%. L'instabilità persistente dell'articolazione del ginocchio destro, invece, tenendo conto dello sviluppo di una futura gonartrosi, veniva valutata secondo le tabelle no. 5 e 6 con un grado compreso tra il 20 e il 30%. Con un confronto analogo con altri quadri clinici, considerato il lieve danno all'articolazione tibio-tarsica destra, la valutazione del 20% sarebbe apparsa giustificata (act. I.\_\_\_\_\_ 133). 5.5.2. Con nuova valutazione medica del 7 novembre 2024 (act. C), il Dr. med. W.\_\_\_\_\_, richiamando la visita medica del 4 ottobre 2023 e confermando la rispettiva valutazione (quindi anche le singole percentuali dell'IMI e quella totale), spiegava e approfondiva i suoi ragionamenti. Di regola, i dolori, anche quelli fantasma, non sarebbero esplicitamente riportati nelle tabelle I.\_\_\_\_\_ relative alle lesioni degli arti inferiori. Piuttosto, la presenza di dolori verrebbe considerata nella valutazione delle attività fisiche adeguate e ragionevoli sotto forma di una

## **E. 26**

/ 30 limitazione temporale di tali attività con pause aggiuntive, oltre alle normali pause aziendali. Riguardo alla gamba sinistra amputata, egli ha determinato un'IMI del 50%, corrispondente al valore per un'amputazione dell'intera estremità sinistra, inclusa l'articolazione dell'anca. Quindi, i dolori fantasma sarebbero già stati considerati e (parzialmente) inclusi in tale valutazione. Per la gamba destra egli riproponeva quanto già rilevato al riguardo nel 2023. Egli specificava che, per quanto riguarda il danno complessivo all'integrità di entrambe le gambe, avrebbe effettuato un confronto trasversale con altri quadri clinici gravi. Per esempio, una paraplegia completa si valuterebbe con 70-75%. Nonostante le gravi lesioni subite, l'assicurato si troverebbe in una situazione migliore rispetto a un paraplegico. La valutazione della gamba destra con il valore minimo del 20% del danno all'integrità causato dall'incidente deriverebbe dal confronto trasversale con altre patologie gravi e terrebbe conto anche di un possibile sviluppo futuro di una gonartrosi post-traumatica moderata causata da instabilità. Egli sottolineava, infine, che la lieve lesione all'articolazione tibio-tarsica destra sarebbe stata presa in considerazione nella valutazione dell'IMI totale (act. C). 5.5.3. Sebbene non abbiano analizzato dal punto di vista medico la questione, altri medici hanno nominato l'esistenza di dolori fantasma. Il Dr. med. N.\_\_\_\_\_ riteneva nel rapporto del 3 giugno 2022 per la prima volta l'esistenza di dolori e dolori fantasma nonché l'impressione della loro presenza (act. I.\_\_\_\_\_ 33). I Dr. med. T.\_\_\_\_\_ e U.\_\_\_\_\_ della M.\_\_\_\_\_ ritenevano in data 24/25 agosto 2022 che vi fosse la presenza anche di dolori fantasma nonché l'impressione di dolori fantasma (act. I.\_\_\_\_\_ 61). Anche in data 6 dicembre 2022 i Dr. med. T.\_\_\_\_\_ e ed S.\_\_\_\_\_, della M.\_\_\_\_\_, indicavano l'esistenza di dolori fantasma e la rispettiva impressione (act. I.\_\_\_\_\_ 83). La Dr. med. S.\_\_\_\_\_, della M.\_\_\_\_\_, nominava ancora una volta l'esistenza di dolori fantasma nel rapporto del 19 gennaio 2023 (act. I.\_\_\_\_\_ 92). Nel rapporto del 24 agosto 2023, il Dr. med. L.\_\_\_\_\_, dell'Z.\_\_\_\_\_, riteneva generalmente che non ci sarebbero stati dolori rilevanti (act. I.\_\_\_\_\_ 120). 5.6. Riguardo ai 5% d'IMI aggiuntivi richiesti dal ricorrente per i dolori fantasma presenti alla gamba sinistra si rileva quanto segue: come rettamente ha constatato il Dr. med. W.\_\_\_\_\_, la tabella no. 4 della I.\_\_\_\_\_, come anche l'allegato 3

## **E. 27**

/ 30 dell'OAINF, prevedono un'IMI del 50% per un'amputazione a metà coscia (figura 15, pag. 4.4; [https://www.I.\\_\\_\\_\\_\\_](https://www.I._____), visitato l'ultima volta il 2 dicembre 2025), come quella subita dal ricorrente e riportata anche fotograficamente (act. I.\_\_\_\_\_ 108). Secondo l'art. 36 cpv. 3 OAINF, se più menomazioni dell'integrità fisica, mentale o psichica, causate da uno o più infortuni, sono concomitanti, l'indennità è calcolata in base al pregiudizio complessivo. Si presume che sussistano diversi danni all'integrità fisica quando le menomazioni sono chiaramente accertabili dal punto di vista medico e chiaramente distinguibili tra loro per quanto riguarda i loro effetti. I danni all'integrità fisica chiaramente distinguibili e che non si influenzano reciprocamente sono di regola da sommare (cfr. DTF 116 V 156,157 consid. 3b; sentenza del Tribunale federale 8C\_300/2020 del 2 dicembre 2020 consid. 4.3 con rif.). Le percentuali corrispondenti ai singoli danni vengono sommate anche se una, più o tutte di esse, non raggiungono singolarmente la soglia del 5%; l'indennizzo è dovuto non appena la somma delle percentuali supera la soglia di rilevanza del 5% (cfr. DTF 116 V 156, 157 consid. 3b). Per quanto riguarda i dolori come menomazione dell'integrità, il Tribunale federale ritiene che questi debbano essere presi in considerazione solo nell'ambito della tabella no. 7 della I.\_\_\_\_\_ "Menomazione dell'integrità nelle affezioni della colonna vertebrale", ciò che, peraltro, affermano indirettamente anche il Dr. med. W.\_\_\_\_\_ e la convenuta. Il Tribunale federale ha infatti in

più casi confermato tale prassi (cfr. sentenze del Tribunale federale 8C\_38/2024 del 28 giugno 2024 consid. 4.2.2, 8C\_407/2011 dell'1 settembre 2011 consid. 10, 8C\_768/2007 del 4 agosto 2008 consid. 5.2.2). I dolori fantasma o dolori da amputazione sono disturbi neurologici, ossia disturbi somatici e non psichici (cfr. sentenza del Tribunale d'appello del Cantone dei Grigioni SV2 24 34 dell'11 febbraio 2025 consid. 10.2). Se ne deduce che tale tipo di dolore idealmente non è da calcolare in modo separato, in quanto non è da ritenere un danno all'integrità fisica chiaramente distinguibile, ma è verosimilmente inglobato nel calcolo dell'IMI riguardante la sola amputazione. Ciò è stato anche ribadito a livello medico, come peraltro anche dal Dr. med. W.\_\_\_\_\_. Se ne conclude che la maggior parte dei dolori e menomazioni residui viene compensata, tenendo conto delle percentuali previste nelle tabelle I.\_\_\_\_\_ per le amputazioni (sentenza del Tribunale assicurativo del Canton Soletta VSBES.2020.77 del 14 giugno 2021 consid. 9.1.3). Inoltre, si sottolinea che il ricorrente non cita la tabella no. 7 della I.\_\_\_\_\_ e nemmeno risulta dagli atti che gli siano state diagnosticate delle menomazioni della colonna vertebrale. A maggior ragione, per conseguenza, il dolore non va considerato separatamente per la valutazione dell'IMI. Oltretutto, come a ragione ritiene la convenuta, il ricorrente non presenta alcun documento medico in contrasto alle risultanze del Dr. med. W.\_\_\_\_\_ che giustifichi una considerazione separata risp. aggiuntiva dei dolori fantasma. Nemmeno siamo in presenza di evidenti indizi

## **E. 28**

/ 30 in tal senso (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C\_38/2024 del 28 giugno 2024 consid. 4.2.2; sentenza del Tribunale delle assicurazioni sociali del Canton Zurigo UV.2015.00220 del 18 gennaio 2017 consid. 4.7). La valutazione su cui si poggia la convenuta per il calcolo dell'IMI, si basa sugli atti medici completi relativi al ricorrente e sui mezzi ausiliari di valutazione come la tabella no. 4 della I.\_\_\_\_\_. Il Dr. med. W.\_\_\_\_\_ è giunto a conclusioni sensate, dedotte e motivate in modo coerente e comprensibile. L'IMI di 50% indicata nelle decisioni della convenuta va dunque confermata. 5.7. Per la gamba destra il ricorrente pretende un'IMI di almeno 30%, perché ritiene sarebbe da considerare il valore dell'artrosi grave secondo la tabella no. 5. Preliminarmente si sottolinea che il ricorrente si limita a contestare il grado d'IMI fissato nella decisione su opposizione, senza presentare rapporti medici o altra documentazione, perlomeno scientifica, volta a sostenere la sua tesi. In aggiunta, egli espressamente non contesta le valutazioni mediche agli atti riguardanti la mobilità o lo stato della gamba. Si ricorda che le considerazioni del Dr. med. W.\_\_\_\_\_ riguardo all'IMI sono incontestate agli atti. La tabella no. 6 della I.\_\_\_\_\_ utilizzata dal Dr. med. W.\_\_\_\_\_ prevede per una lacerazione dei legamenti laterali e dei legamenti crociati, con una pesante instabilità del ginocchio, un'IMI tra 20 e 30% (cfr. [https://www.I.\\_\\_\\_\\_\\_](https://www.I._____). [visitato l'ultima volta il 2 dicembre 2025]). La tabella no. 5 della I.\_\_\_\_\_ fissa i valori per le varie artrosi. Nessuno dei rapporti medici agli atti contiene una diagnosi di artrosi. Solamente il Dr. med. W.\_\_\_\_\_ considera nei suoi rapporti che avrebbe potuto esserci in futuro un possibile sviluppo di una gonartrosi, senza tuttavia averla diagnosticata, ma solo richiamandone l'eventualità. Una valutazione del 20% quale IMI per la gamba destra emerge quindi in applicazione tabella no. 6 della I.\_\_\_\_\_. Inoltre, giova ricordare che le considerazioni del Dr. med. W.\_\_\_\_\_ si basano sugli atti medici completi e sui mezzi ausiliari di valutazione, come le tabelle della I.\_\_\_\_\_. Alla luce di quanto ritenuto, le sue conclusioni risultano sensate, dedotte e motivate in modo coerente e comprensibile. Dichiarandosi il ricorrente d'accordo con le diagnosi mediche fatte e non apportando il minimo documento medico atto a contestare tali risultanze, egli, di riflesso, non ha diritto ad un'IMI maggiore. Ne discende che anche questa censura risulta infondata.

5.8. A titolo abbondanziale, si ritiene che il paragone – criticato dal ricorrente – effettuato dal medico assicurativo Dr. med. W. \_\_\_\_\_, tra le menomazioni del ricorrente e la paraplegia, per la quale solitamente si concederebbe un'IMI pari a 70-75%, non risulta essere arbitrario. Il ricorrente non spiega in che misura non si potrebbero fare dei paragoni. Al contrario, risulta che paragonare delle fattispecie

### **E. 29**

/ 30 mediche per argomentare il grado d'IMI fissato, sia una pratica consolidata (v. tra tante sentenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni del Canton Ticino 41.2008.2 del 15 dicembre 2008). La paraplegia, notoriamente, interessa gambe, muscoli dei glutei, vescica, intestino e addome e comporta p.es. paralisi, disturbi sensoriali, insensibilità, controllo alterato della funzionalità di vescica e intestino, iniziale flaccidità muscolare con successivo aumento della tensione muscolare, rischio di collasso cardiocircolatorio, disfunzioni sessuali e difficoltà respiratoria (v. anche sentenza del Tribunale amministrativo del Canton Berna 200 21 571 UV del 18 novembre 2022 consid. 4.3 segg.; tabella I. \_\_\_\_\_ no. 21 [https://www.I.\\_\\_\\_\\_\\_](https://www.I._____); [https://www.\\_\\_\\_\\_\\_](https://www._____); <https://www.paraplegie.ch/de/service/wissen-bildung-und-forschung/wissen-ueber-querschnittlaehmung/auswirkungen/>; <https://www.paraplegie.ch/de/wissen-forschung/wissen/querschnittlaehmung-verstehen/> [visitati l'ultima volta il 2 dicembre 2025]). Tali danni vanno senza dubbio oltre a quelli subiti dal ricorrente nel caso di specie. Si ravvisa altresì che una persona affetta da paraplegia non è (a vita) in grado di utilizzare entrambi gli arti inferiori e, dunque, non può più camminare, al contrario del ricorrente, che è ancora in grado di muoversi e camminare autonomamente, seppur in misura limitata. Infine, va considerata anche l'esistenza della paraplegia dolorosa, la quale genera più dolori. Anche se si prendesse come valore di riferimento la classificazione di paraplegia ASIA C, una forma di paralisi ben più grave, ma considerando i sintomi molto simile alla situazione concreta, si giungerebbe in ogni caso ad un grado d'IMI del 70%. 5.9. Viste le argomentazioni sopraelencate, il ricorso è respinto anche in questo punto. 6. In conclusione, in ragione di quanto sopra ritenuto, il ricorso è integralmente da respingere. 7.1. L'art. 61 lett. fbis LPGA in combinato disposto con gli artt. 105 segg. LAINF non prevede un obbligo generale di prelevamento di costi. Quindi, la procedura di ricorso dell'assicurazione infortuni riguardante le prestazioni è generalmente gratuita. Il presente procedimento di ricorso non comporta dunque spese. 7.2. La convenuta non ha diritto a ripetibili (art. 61 lett. g LPGA e contrario).

### **E. 30**

/ 30 Il Tribunale d'appello pronuncia: 1. Il ricorso è respinto. 2. Non vengono prelevate spese. 3. Non vengono assegnate indennità. 4. [Rimedi giuridici] 5. [Comunicazione]

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