

BVGer C-1473/2023 vom 22. April 2026

Bundesverwaltungsgericht, 2026-04-22, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1473_2023

FR: TAF C-1473/2023 du 22 avril 2026

IT: TAF C-1473/2023 del 22 aprile 2026

Regeste

Provvedimenti d'integrazione

Erwägungen

E. 1.1

Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (art. 7 cpv. 1 PA; DTAF 2016/15 consid. 1; 2014/4 consid. 1.2).

E. 1.2

Questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, pronunciate dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE).

E. 1.3

La procedura dinanzi al Tribunale amministrativo federale è retta dalla PA, in quanto la LTAF non disponga altrimenti (art. 37 LTAF). In virtù dell'art. 3 lett. dbis PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la LPGA (RS 830.1). Secondo l'art. 2 LPGA, le disposizioni della legge stessa sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26bis e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA. Salvo disposizioni transitorie contrarie, le nuove norme procedurali si applicano immediatamente con la loro entrata in vigore (DTF 130 V 1 consid. 3.2; 129 V 113 consid. 2.2).

E. 1.4

Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA), il ricorso è stato interposto tempestivamente (art. 60 LPGA) e rispetta i requisiti previsti dalla legge (art. 52 cpv. 1 PA). L'anticipo spese è stato corrisposto entro il termine impartito (art. 63 cpv. 4 PA). Il ricorso è pertanto ammissibile.

E. 2.1

Quanto al diritto applicabile, dal profilo temporale, con riserva di disposizioni particolari di diritto transitorio, sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 146 V 364 consid. 7.1; 144 V 210 consid. 4.3.1; 136 V 24 consid. 4.3). La

domanda di sostituzione degli apparecchi acustici essendo stata presentata il 24 gennaio 2022, al caso in esame, salvo indicazione contraria, si applicano di principio le disposizioni della LAI, della LPGA, dell'OAI (RS 831.201) e dell'Ordinanza del DFI del 29 novembre 1976 sulla consegna di mezzi ausiliari da parte dell'assicurazione invalidità (OMAI; RS 831.232.51) in vigore a tale data e fino alla pronuncia della decisione impugnata e più precisamente nelle versioni in vigore dal 1° gennaio 2022.

E. 2.2

La ricorrente è cittadina svizzera e risiede a (...) nella Repubblica Argentina dal 24 ottobre 2020 (sentenza del TAF C-414/2021 del 9 novembre 2021 consid. 2.2). Dato che la Svizzera non ha stipulato alcuna convenzione di sicurezza sociale con la Repubblica Argentina, i diritti e gli obblighi dell'insorgente sono determinati esclusivamente secondo il diritto svizzero.

E. 3.1

L'oggetto litigioso nella presente procedura ricorsuale è costituito unicamente dalla decisione dell'UAIE del 17 febbraio 2023 - con la quale l'UAIE ha riconsiderato la seconda decisione resa il 23 maggio 2022 (doc. UAIE 148) - che prevede l'assunzione dei costi per due supporti uditivi modello Nucleus 7 (CP1000) per un importo massimo di fr. 23'540.-. Questa decisione è contestata dalla ricorrente che ha chiesto che l'autorità inferiore assuma i costi totali, di \$ 38'750.00, per l'acquisto in Argentina dei due succitati supporti uditivi.

E. 3.2

Non è per contro oggetto litigioso la prima decisione dell'UAIE del 23 maggio 2022 (doc. UAIE 147) con cui è stato decretato il principio dell'assunzione dei provvedimenti d'integrazione all'estero fino al 30 aprile 2028, nel caso concreto del prolungamento anche all'estero (per le persone soggette all'assicurazione facoltativa), dei menzionati provvedimenti; quest'ultima decisione è cresciuta incontestata in giudicato.

E. 4.1

Giusta l'art. 8 cpv. 1 LAI, gli assicurati invalidi o minacciati da un'invalidità (art. 8 LPGA) hanno diritto ai provvedimenti d'integrazione per quanto essi siano necessari e idonei a ripristinare, conservare o migliorare la loro capacità al guadagno o la loro capacità di svolgere le mansioni consuete (lett. a) e le condizioni per il diritto ai diversi provvedimenti siano adempiute (lett. b). Il diritto alle prestazioni previste negli articoli 13 (provvedimenti sanitari per la cura delle infermità congenite) e 21 (mezzi ausiliari) LAI esiste indipendentemente dalla possibilità d'integrazione nella vita professionale o di svolgimento delle mansioni consuete (art. 8 cpv. 2 LAI). I provvedimenti d'integrazione sono, segnatamente, i provvedimenti sanitari (art. 8 cpv. 3 lett. a LAI) e la consegna di mezzi ausiliari (art. 8 cpv. 3 lett. d LAI).

E. 4.2

Di principio, la persona assicurata ha diritto unicamente ai provvedimenti idonei e necessari al raggiungimento del singolo scopo integrativo prefisso, ma non ai migliori provvedimenti nel caso di specie. Questo perché l'integrazione deve essere garantita solo nella misura necessaria, ma anche sufficiente (DTF 143 V 190 consid. 2.3). Inoltre, deve esserci un rapporto ragionevole tra il successo prevedibile di un provvedimento d'integrazione e i suoi costi (DTF 143 V 190 consid. 2.2).

E. 4.3

I provvedimenti d'integrazione sono applicati in Svizzera e solo eccezionalmente anche all'estero (art. 9 cpv. 1 LAI). Il diritto ai provvedimenti d'integrazione nasce al più presto con l'assoggettamento all'assicurazione obbligatoria o facoltativa e si estingue al più tardi allo scadere dell'assicurazione (art. 9 cpv. 1bis LAI). Secondo l'art. 9 cpv. 2 LAI, le persone che non sono o non sono più assoggettate all'assicurazione hanno diritto ai provvedimenti d'integrazione al massimo fino all'età di 20 anni, purché almeno uno dei due genitori: sia assicurato facoltativamente (lett. a) o sia assicurato obbligatoriamente durante un'attività lucrativa esercitata all'estero (lett. b) secondo l'articolo 1a capoverso 1 lettera c LAVS (cifra 1), secondo l'articolo 1a capoverso 3 lettera a LAVS (cifra 2) o in virtù di una convenzione internazionale (cifra 3).

E. 4.4

In virtù dell'art. 23ter cpv. 2 OAI, per le persone soggette all'assicurazione facoltativa che non hanno ancora compiuto il 20° anno di età, l'assicurazione assume le spese per i provvedimenti d'integrazione effettuati all'estero se le possibilità di successo di tali provvedimenti e le condizioni personali della persona interessata lo giustificano.

E. 5.1

In virtù dell'art. 13 cpv. 1 LAI, gli assicurati, fino al compimento dei 20 anni, hanno diritto ai provvedimenti sanitari per la cura delle infermità congenite, ossia presenti a nascita avvenuta (art. 3 cpv. 2 LPGA). Ai sensi dell'art. 13 cpv. 2 LAI, i provvedimenti sanitari di cui al capoverso 1 sono concessi per la cura di malformazioni congenite, malattie genetiche e affezioni prenatali e perinatali che: sono diagnosticate da un medico specialista (lett. a), compromettono la salute (lett. b), presentano una certa gravità (lett. c), richiedono cure di lunga durata o complesse (lett. d) e possono essere curate con i provvedimenti sanitari di cui all'art. 14 LAI (lett. e).

E. 5.2

Secondo l'art. 14 cpv. 1 LAI, i provvedimenti sanitari comprendono: le terapie ambulatoriali o ospedaliere, con i relativi esami, e le cure in ospedale (lett. a) dispensate dal medico (cifra 1), dal chiropratico (cifra 2), da persone che effettuano prestazioni previa prescrizione o indicazione di un medico o di un chiropratico (cifra 3), le prestazioni di cura mediche ambulatoriali (lett. b), le analisi, i medicinali, i mezzi e gli apparecchi diagnostici o terapeutici prescritti dal medico o, nei limiti stabiliti dal Consiglio federale, dal chiropratico (lett. c), i provvedimenti di riabilitazione medica eseguiti o prescritti dal medico (lett. d), la degenza in ospedale secondo lo standard del reparto comune (lett. e), la prescrizione effettuata dal farmacista al momento di fornire i medicinali prescritti secondo la lettera c (lett. f), le spese di trasporto necessarie dal profilo medico (lett. g). I provvedimenti sanitari devono essere efficaci, appropriati ed economici (art. 14 cpv. 2 LAI).

E. 5.3.1

Il Consiglio federale stabilisce le infermità congenite per le quali sono concessi provvedimenti sanitari secondo l'articolo 13 LAI (art. 14ter cpv. 1 lett. b LAI). Può delegare al Dipartimento federale dell'interno (DFI) o all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS) i compiti di cui ai capoversi 1-3 (art. 14quater cpv. 4 LAI).

E. 5.3.2

Conformemente all'articolo 14ter capoverso 1 lettera b LAI, il Dipartimento federale dell'interno (DFI) tiene l'elenco delle infermità congenite per le quali sono concessi provvedimenti sanitari secondo l'articolo 13 LAI (art. 3bis cpv. 1 OAI [RS 831.201]; cfr. l'Ordinanza del DFI del 3 novembre 2021 sulle infermità congenite [OIC-DFI; RS 831.232.211]).

E. 5.4

Il diritto alla cura di un'infermità congenita nasce con l'inizio dei provvedimenti sanitari, ma al più presto a nascita avvenuta. Esso si estingue alla fine del mese durante il quale l'assicurato ha compiuto i 20 anni (art. 3ter OAI).

E. 6.1

In virtù dell'art. 21 cpv. 1 LAI, l'assicurato ha diritto ai mezzi ausiliari, compresi in un elenco allestito dal Consiglio federale, dei quali ha bisogno per esercitare un'attività lucrativa o adempiere le sue mansioni consuete, per conservare o migliorare la sua capacità al guadagno, per studiare, imparare una professione o seguire una formazione continua oppure a scopo di assuefazione funzionale.

E. 6.2

L'art. 21 cpv. 2 LAI precisa che l'assicurato, che, a causa della sua invalidità, ha bisogno di apparecchi costosi per spostarsi, stabilire contatti nel proprio ambiente o attendere alla propria persona, ha diritto, indipendentemente dalla sua capacità al guadagno, a tali mezzi ausiliari, compresi in un elenco allestito dal Consiglio federale.

E. 6.3

L'assicurazione fornisce i mezzi ausiliari in proprietà o a prestito in un tipo semplice e adeguato. Se un mezzo ausiliario sostituisce oggetti che l'assicurato dovrebbe acquistare anche senza invalidità, l'assicurato è tenuto a partecipare alla spesa (art. 21 cpv. 3 LAI).

E. 6.4

L'assicurato che ha diritto a un mezzo ausiliario figurante nell'elenco del Consiglio federale può sceglierne un altro che adempie la stessa funzione. L'assicurazione assume i costi del mezzo ausiliario scelto, ma solo fino a concorrenza dell'importo che avrebbe versato per il mezzo ausiliario figurante nell'elenco (art. 21bis cpv. 1 e 2 LAI).

E. 6.5

A norma dell'art. 21quater cpv. 1 LAI, ai fini della consegna di mezzi ausiliari finanziati in tutto o in parte dall'assicurazione e per la fornitura di servizi connessi con tali mezzi, il Consiglio federale dispone degli strumenti seguenti: fissazione di importi forfettari (lett. a), conclusione di convenzioni tariffali con i fornitori di prestazioni quali fornitori di mezzi ausiliari, produttori, grossisti e dettaglianti (lett. b), fissazione degli importi massimi per l'assunzione di costi (lett. c) e procedure di aggiudicazione secondo la legge federale del 16 dicembre 1994 sugli acquisti pubblici (lett. d).

E. 6.6

L'elenco dei mezzi ausiliari da consegnare nell'ambito dell'articolo 21 LAI è oggetto di un'ordinanza del DFI che emana anche disposizioni complementari riguardanti la consegna o il rimborso dei mezzi ausiliari, i sussidi alle spese di adeguamento di apparecchi e immobili rese indispensabili dall'invalidità, i sussidi di ammortamento ad assicurati che

hanno acquistato a proprio carico un mezzo ausiliario al quale hanno diritto (art. 14 cpv. 1 lett. a, b e d OAI; cfr. l'Ordinanza del DFI del 29 novembre 1976 sulla consegna di mezzi ausiliari da parte dell'assicurazione per l'invalidità [OMAI; RS 831.232.51]).

E. 6.7

Conformemente all'art. 14 cpv. 2 OAI, il DFI può autorizzare l'UFAS a definire i casi di rigore in cui gli importi stabiliti in applicazione del capoverso 1 lettera a possono essere ecceduti (lett. a), fissare limiti alla copertura assicurativa di mezzi ausiliari specifici (lett. b), allestire un elenco dei modelli di mezzi ausiliari rispondenti ai requisiti dell'assicurazione (lett. c).

E. 6.8

Secondo l'art. 14bis cpv. 1 OAI, il DFI stabilisce in un'ordinanza i mezzi ausiliari ai quali si applicano gli strumenti di cui all'articolo 21quater capoverso 1 lettere a-c LAI (segnatamente, fissazione di importi forfettari, conclusione di convenzioni tariffali, fissazione di importi massimi, procedure di aggiudicazione). L'importo forfettario di cui all'articolo 21quater capoverso 1 lettera a LAI è versato direttamente all'assicurato indipendentemente dai costi effettivi (art. 14quater OAI).

E. 7.1

Giusta l'art. 2 dell'Ordinanza del DFI del 29 novembre 1976 sulla consegna di mezzi ausiliari da parte dell'assicurazione invalidità (OMAI; RS 831.232.51), il diritto alla consegna di mezzi ausiliari è subordinato, nei limiti tracciati dall'elenco allegato all'ordinanza, alla necessità per l'assicurato di farne uso per spostarsi, stabilire contatti con l'ambiente o ampliare la propria autonomia (cpv. 1), fermo restando tuttavia che l'assicurato ha diritto ai mezzi ausiliari designati nel citato articolo da un asterisco (*) solamente se gli sono indispensabili per esercitare un'attività lucrativa o adempiere le mansioni consuete, per studiare, per imparare una professione, a scopo di assuefazione funzionale o per svolgere l'attività esplicitamente citata nel numero corrispondente dell'allegato (cpv. 2; sentenza del TF I 390/05 dell'11 ottobre 2005 consid. 1.1). Il diritto ai mezzi ausiliari si estende agli accessori e agli adeguamenti resi necessari dall'invalidità (art. 2 cpv. 3 OMAI). L'assicurato ha diritto soltanto ai mezzi ausiliari di tipo semplice, adeguato ed economico. Se desidera un modello più sofisticato, la differenza è a suo carico (art. 2 cpv. 4 OMAI).

E. 7.2

L'art. 3bis cpv. 1 OMAI prevede che nei casi descritti nell'allegato OMAI, l'assicurazione può versare all'assicurato sussidi unici o periodici per i mezzi ausiliari da lui acquistati (lett. a), versare all'assicurato un importo forfettario per l'acquisto di mezzi ausiliari (lett. b), prendere a carico l'ammontare delle spese di noleggio per i mezzi ausiliari presi in locazione (lett. c). L'importo dei rimborsi è fissato nell'allegato OMAI (art. 3bis cpv. 2 OMAI).

E. 7.3

L'assicurato che ha acquistato a proprio carico un mezzo ausiliario figurante nell'elenco allegato o che fa eseguire a sue spese un adeguamento dovuto all'invalidità ha diritto al risarcimento delle spese che l'assicurazione avrebbe dovuto assumere se avesse provveduto a tale acquisto o a tale adeguamento (art. 8 cpv. 1 OMAI).

E. 7.4

La lista contenuta nell'allegato OMAI è esaustiva nella misura in cui enumera le categorie dei mezzi ausiliari entranti in linea di considerazione. Per contro, occorre esaminare all'interno di ogni singola categoria se l'enumerazione dei diversi mezzi ausiliari facenti parte di tale categoria sia esaustiva oppure semplicemente indicativa (DTF 131 V 9 consid. 3.4.2).

E. 8.1

Nell'allegato OMAI, alla cifra 5.07 sono indicati, quali mezzi ausiliari per il cranio e la testa - i quali, non essendo contrassegnati da un asterisco (*), sono riconosciuti anche se non servono per svolgere un'attività lucrativa o sopperire alle mansioni consuete e quindi svolgono uno scopo socioriabilitativo (cfr. art. 21 cpv. 2 LAI) - gli apparecchi acustici in caso d'ipoacusia. In particolare, sono assegnati apparecchi acustici in caso di ipoacusia se, grazie a questo apparecchio, l'acutezza uditiva può essere migliorata considerevolmente e l'assicurato può comunicare più facilmente con l'ambiente circostante. L'assicurato ha diritto a un rimborso forfettario che può richiedere al massimo ogni sei anni, a meno che una modifica sostanziale dell'acutezza uditiva renda necessaria la sostituzione dell'apparecchio prima del termine. Gli apparecchi acustici devono essere consegnati da specialisti. Il forfait ammonta a 840 franchi per la protesizzazione con apparecchi monoauricolari e a 1650 per la protesizzazione con apparecchi binauricolari, escluse le spese per le riparazioni e le batterie. Il forfait per le batterie ammonta a 40 franchi per gli apparecchi monoauricolari e a 80 per gli apparecchi binauricolari. Il forfait per le riparazioni da parte del fabbricante ammonta a 200 franchi per danni elettrici e a 130 per tutti gli altri danni. Entrambi gli importi forfettari sono concessi al più presto a partire dal secondo anno d'uso dell'apparecchio. L'Ufficio federale delle assicurazioni sociali allestisce un elenco degli apparecchi acustici che rispondono ai requisiti dell'assicurazione e per i quali è ammesso il versamento di un forfait (cfr. la lista "Apparecchi acustici AVS/AI"). Per l'acquisto e la riparazione degli apparecchi acustici, gli importi forfettari sono versati dietro presentazione dell'importo totale della fattura e dei relativi documenti giustificativi (cifra 5.07 allegato OMAI).

E. 8.2

Quanto agli apparecchi acustici o ad ancoraggio osseo, la cifra 5.07.1 dell'allegato OMAI prevede che l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali stabilisce la partecipazione dell'assicurazione alle componenti esterne degli apparecchi acustici impiantati o ad ancoraggio osseo e agli impianti dell'orecchio medio. Il forfait di prestazione per l'adattamento e le prestazioni successive degli apparecchi acustici ad ancoraggio osseo e degli impianti dell'apparecchio medio ammonta a fr. 1'000 franchi per gli apparecchi monoauricolari e a 1'500 franchi per gli apparecchi binauricolari. Il forfait di prestazione per gli assicurati di età inferiore ai 18 anni ammonta a 1'300 franchi per gli apparecchi monoauricolari e a 1'950 franchi per gli apparecchi binauricolari. Il forfait è versato dietro presentazione dell'importo totale della fattura e dei relativi documenti giustificativi. Il forfait annuo per le batterie per gli apparecchi acustici o ad ancoraggio osseo e per gli impianti dell'orecchio medio ammonta a 60 franchi per gli apparecchi monoauricolari e a 120 per gli apparecchi binauricolari (cifra 5.07.1 allegato OMAI).

E. 8.3

La cifra 5.07.02* dell'allegato OMAI disciplina i casi di rigore, ossia i casi in cui possono essere versati forfait superiori all'importo previsto alla cifra 5.07, precisando a tale scopo

che l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali definisce in quali casi possono essere versati forfait superiori all'importo previsto al n. 5.07 per la protesizzazione con apparecchi monoauricolari e binauricolari (cifra 5.07.02* allegato OMAI).

E. 9.1

La circolare dell'UFAS sulla consegna di mezzi ausiliari nell'assicurazione invalidità (CMAI; valida dal 1° gennaio 2013; stato al 1° gennaio 2023) precisa che l'AI può consegnare unicamente i mezzi ausiliari riportati nell'elenco allegato all'OMAI (CMAI cifra marginale 1001). L'AI fornisce mezzi ausiliari di tipo semplice, adeguato ed economico. Sono considerati soltanto i mezzi ausiliari con un rapporto qualità/prezzo ottimale. L'assicurato non ha diritto al mezzo ausiliario migliore nel suo caso specifico (CMAI cifra marginale 1004). I mezzi ausiliari contrassegnati da un asterisco (*) nell'elenco dell'Allegato OMAI sono consegnati solo se sono necessari per l'esercizio di un'attività lucrativa, lo svolgimento delle mansioni consuete, la formazione scolastica o professionale (CMAI cifra marginale 1018). Se l'assicurato acquista personalmente, in Svizzera o all'estero, un mezzo ausiliario contenuto nell'elenco dei mezzi ausiliari per il quale soddisfa le condizioni di diritto, l'AI può prenderlo a carico. In tal caso, l'assicurazione paga il prezzo effettivo, ma solo fino a concorrenza del prezzo massimo da essa fissato. Gli importi forfettari, invece, sono versati integralmente. Gli importi indicati nelle convenzioni tariffali o nell'ordinanza sono da considerare limiti massimi. Le spese superiori a tali limiti sono a carico dell'assicurato, il quale deve essere informato in merito nella comunicazione/decisione (CMAI cifre marginali 1024 a 1026).

E. 9.2

In merito agli apparecchi acustici in caso d'ipoacusia, la cifra marginale 5.07 CMAI prevede, per quanto d'interesse nel caso in esame, che la protesizzazione con apparecchi acustici deve essere raccomandata da un medico specialista riconosciuto dall'AI. Una tale perizia è obbligatoria per tutti gli assicurati che richiedono la fornitura di un apparecchio (...). L'UFAS allestisce un elenco dei medici specialisti riconosciuti (...). Il rimborso di un forfait per una protesizzazione con apparecchi binauricolari è possibile solo su indicazione audiologica del medico specialista e a condizione che l'apparecchio binauricolare porti a un miglioramento considerevole della situazione uditiva (...). Se il risultato della perizia è positivo, bisogna emanare una garanzia di copertura delle spese. In caso di esito positivo, l'assicurato chiede a un fornitore di sua scelta di fornirgli e adattare uno o due apparecchi e, alla fine della protesizzazione, fattura all'ufficio AI il forfait corrispondente mediante l'apposito modulo (...). Al modulo va sempre allegata una copia della fattura del fornitore dell'apparecchio (...). Il forfait è versato all'assicurato, a condizione che dalla copia della fattura del fornitore risulti che ha acquistato un apparecchio acustico figurante nell'elenco dell'UFAS (pubblicato sul sito www-avs-ai.ch) e che l'apparecchio sia stato consegnato da uno specialista (...). L'assicurato è libero di scegliere il fornitore (...). Può acquistare l'apparecchio o gli apparecchi anche all'estero, allegando però in ogni caso al modulo di fatturazione una copia della fattura originale. In caso di acquisto all'estero, l'ufficio AI controlla se l'apparecchio consegnato figura nell'elenco degli apparecchi acustici (CMAI cifre marginali 2037 a 2042 e 2045).

E. 9.3

Quanto agli apparecchi acustici impiantati o ad ancoraggio osseo, la cifra marginale 5.07.1 CMAI prevede, per quanto d'interesse nel caso in esame, che questi apparecchi acustici (ad

esempio, impianti cocleari ...) si compongono di una parte impiantata e di una parte esterna amovibile. Quest'ultima è considerata un mezzo ausiliario e può essere rimborsata in virtù dell'articolo 21. L'introduzione dell'impianto costituisce un provvedimento sanitario ed è presa a carico dall'AI giusta gli articoli 12 e 13 LAI o dall'assicurazione malattie. L'UFAS allestisce un elenco con i limiti di rimborso per la parte esterna degli apparecchi acustici impiantati o ad ancoraggio osseo (cfr. "Elenco degli apparecchi acustici ancorati all'osso e impiantati"). Sul modulo di fatturazione deve essere indicata la posizione tariffale figurante nell'elenco. Considerato il genere di rimborso, di regola i processori vocali sono consegnati in prestito (...). Se il processore audio di un apparecchio acustico ad ancoraggio osseo o di un impianto nell'orecchio medio è adattato da un audioprotesista, il relativo forfait di prestazione previsto dall'OMAI è versato all'assicurato dietro presentazione della fattura (...). I costi per l'apparecchio acustico stesso possono essere fatturati direttamente dal fornitore di prestazioni ed essergli rimborsati (CMAI cifre marginali 2047, 2048 e 2051).

E. 9.4

Per quanto attiene alla regolamentazione dei casi di rigore, la cifra marginale 5.07.2* CMAI prevede che gli assicurati hanno diritto a una protesizzazione semplice e adeguata, non a quella migliore. Il rimborso del forfait corrisponde a una prestazione pecuniaria definita; nel singolo caso i costi effettivi possono essere più elevati o più bassi. La regolamentazione per i casi di rigore può essere applicata solo se i costi della protesizzazione superano in maniera inaccettabile quelli di una protesizzazione normale, semplice e adeguata. La condizione è che l'assicurato eserciti un'attività lucrativa, svolga le proprie mansioni consuete o segua una formazione (sentenza del TF 9C_114/2018 del 19 luglio 2018). Se è riconosciuto un caso di rigore, i costi supplementari dovuti all'invalidità eccedenti l'importo forfettario vengono assunti dall'AI, a condizione che siano rispettati i principi di semplicità e adeguatezza. L'esame dell'adempimento delle condizioni per il riconoscimento di un caso di rigore deve essere richiesto dall'assicurato all'ufficio AI. L'esame è effettuato dalle seguenti cliniche specializzate in otorinolaringoiatria (...). L'ufficio AI deve informare l'assicurato in modo adeguato circa i documenti da inoltrare e l'importo massimo prevedibile per il rimborso dei costi (...). L'ufficio AI invia alla clinica una copia di tutti i documenti pertinenti (...). Una volta concluso l'esame, la clinica formula una raccomandazione all'attenzione dell'ufficio AI (...). Per un'assunzione dei costi è necessario che la clinica otorinolaringoiatra incaricata dell'esame sia favorevole all'applicazione della regolamentazione per i casi di rigore (sentenza del TF 9C_114/2018 del 19 luglio 2018 consid. 4.1). Infine, l'ufficio AI decide se assumere o meno i costi supplementari o se respingere la richiesta dell'assicurato. Se l'ufficio AI accoglie la richiesta di copertura dei costi per un caso di rigore, l'assicurato procede alla protesizzazione con apparecchi acustici adeguati presso il fornitore e fattura in seguito all'AI il forfait corrispondente e i costi eccedenti mediante il modulo di fatturazione per la fornitura di apparecchi acustici, allegandovi le fatture originali con i costi totali (...; CMAI cifre marginali 2052* a 2057*).

E. 10

Per il resto, per quanto concerne l'accordo concluso tra l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali ed i fornitori di apparecchi acustici, un simile tariffario ha lo scopo, da un lato, di tutelare l'assicurazione per l'invalidità dall'assunzione di spese eccessive per le relative misure e, dall'altro, di offrire alle persone assicurate la garanzia di poter disporre di un'apparecchiatura sufficiente senza dover sopportare costi aggiuntivi (DTF 130 V 163 consid. 3.2.2). Alla stessa stregua di un'ordinanza amministrativa, un accordo tariffale, che

l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali è legittimato a concludere in virtù di una valida delega legislativa (DTF 130 V 163 consid. 4.2), non enuncia regole giuridiche, ma rappresenta una concretizzazione delle norme legali e regolamentari. Tale accordo non è quindi di per sé vincolante, ma le autorità di ricorso, comunque, non se ne distanziano se fornisce un'interpretazione convincente di dette norme (DTF 130 V 163 consid. 4.3.1). Al riguardo è stato considerato che la convenzione è il risultato di una collaborazione interdisciplinare pluriennale, che nel caso specifico ha coinvolto gli esperti del settore audiologico, i produttori ed i commercianti di apparecchi acustici nonché l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali quale autorità di vigilanza. Dal profilo del diritto non vi sono motivi per intervenire, in virtù di considerazioni di principio, nella latitudine di giudizio delle parti contraenti e rimettere così in discussione il risultato contrattuale elaborato dall'Ufficio federale, che concretizza il contenuto normativo delle condizioni a cui soggiace l'erogazione delle prestazioni. Al contrario, la consegna di un apparecchio acustico corrispondente alle tariffe convenzionali va ritenuta una misura che è presunta rispondere sufficientemente ai bisogni d'integrazione dell'assicurato e al diritto ad un mezzo semplice e adeguato. L'obiezione secondo cui nel singolo caso, per motivi specifici derivanti dall'invalidità, occorre un apparecchio più caro rimane lecita. Spetta tuttavia all'assicurato provare l'esistenza di una situazione eccezionale che giustifica l'assunzione di costi eccedenti i prezzi tariffali massimi. Egli deve perciò spiegare in maniera circostanziata perché l'apparecchio acustico che gli verrebbe messo a disposizione nel suo caso specifico non sarebbe sufficiente per raggiungere l'obiettivo del provvedimento d'integrazione e garantirgli quindi un'adeguata capacità uditiva (DTF 130 V 163 consid. 4.3.4; sentenza del TF 2C_105/2009 del 18 settembre 2009 consid. 6.5.1).

E. 11.1.1

Giusta l'art. 27 cpv. 1 LPGA, gli assicuratori e gli organi esecutivi delle singole assicurazioni sociali, nei limiti delle loro competenze, sono tenuti ad informare le persone interessate sui loro diritti e obblighi.

E. 11.1.2

In virtù dell'art. 27 cpv. 2 LPGA, ognuno ha diritto, di regola gratuitamente, alla consulenza in merito ai propri diritti e obblighi. Sono competenti in materia gli assicuratori nei confronti dei quali gli interessati devono far valere i loro diritti o adempiere i loro obblighi.

E. 11.1.3

L'art. 27 LPGA sancisce, in particolare, per l'amministrazione un dovere di carattere collettivo, generale e permanente di fornire informazioni (cpv. 1) e il diritto soggettivo e individuale dell'assicurato alla consulenza (cioè un parere su ciò che conviene fare) su un caso preciso, che può essere fatto valere in giustizia (cpv. 2; sentenza del TAF C-1930/2021 del 20 dicembre 2021 consid. 9.1 e relativi riferimenti).

E. 11.2.1

L'art. 27 cpv. 1 LPGA prevede un obbligo di informazione generale e permanente nei confronti di una cerchia indeterminata di persone, che non deve avvenire unicamente su richiesta degli interessati, bensì regolarmente e d'ufficio, e a cui viene fatto fronte, ad esempio, tramite la consegna di opuscoli informativi, direttive, inserzioni, internet (DTF 131 V 472, segnatamente consid. 4 e 5 con rinvii; sentenza del TF 8C_438/2018 del 10 agosto 2018 consid. 3.2).

E. 11.2.2

L'art. 27 cpv. 2 LPGA prevede invece un diritto individuale a fruire della consulenza dell'assicuratore competente. Ogni assicurato può quindi esigere che il proprio assicuratore gli fornisca consulenza gratuita in merito ai propri diritti e obblighi. L'essenza dell'obbligo di fornire consulenza da parte dell'assicuratore sociale, ai sensi dell'art. 27 cpv. 2 LPGA, consiste nel rendere attenta la persona interessata del fatto che il suo comportamento potrebbe pregiudicare la realizzazione di uno dei presupposti del diritto alle prestazioni. La norma persegue quindi lo scopo di indurre la persona a comportarsi in modo tale che una conseguenza giuridica corrispondente al fine perseguito dalla legge possa realizzarsi (DTF 131 V 472, segnatamente consid. 4 e 5 con rinvii; sentenze del TF 8C_438/2018 consid. 3.3 e 8C_899/2009 del 22 aprile 2010 consid. 4.2; cfr. anche la sentenza del TAF C-657/2019 del 23 dicembre 2019 consid. 10.1.2).

E. 11.3

La consulenza rispettivamente le informazioni riguardano i fatti che la persona interessata deve conoscere al fine di poter correttamente dar seguito ai propri obblighi e far valere i propri diritti nei confronti di un assicuratore in un caso concreto. L'obbligo di consulenza non si estende tuttavia solamente ai fatti determinanti, ma anche alle circostanze di natura giuridica (sentenza del TF 8C_271/2022 dell'11 novembre 2022 consid. 3.2.2). Il contenuto dipende inoltre dalla situazione concreta, così come può essere riconosciuta dall'amministrazione (sentenza del TF 9C_97/2009 del 14 ottobre 2009 consid. 2.2). Fintanto che, prestando l'usuale attenzione, l'assicuratore sociale non può riconoscere che la situazione è tale da pregiudicare il diritto alle prestazioni della persona interessata, egli non è obbligato a fornire informazioni ai sensi dell'art. 27 LPGA (DTF 133 V 249 consid. 7.2; sentenza del TF 8C_899/2009 consid. 4.2).

E. 11.4

Il riconoscimento di un dovere d'informazione, ai sensi dell'art. 27 LPGA, dipende dalla circostanza di sapere se l'assicuratore sociale disponeva, nella situazione concreta che si presentava, di indizi sufficienti che gli avrebbero imposto, secondo il principio della buona fede, di informare l'assicurato. Non si può tuttavia pretendere che l'assicuratore fornisca informazioni che si può ammettere siano conosciute in maniera generale, altrimenti l'amministrazione rischierebbe di sommergere a titolo preventivo l'assicurato di informazioni che non gli sono necessarie o che neppure pretende (sentenza del TF 9C_894/2008 del 18 dicembre 2008 consid. 3.2).

E. 11.5.1

L'assenza di informazioni in una situazione concreta laddove l'obbligo di informare è previsto dalla legge, o quando le circostanze particolari del caso avrebbero richiesto un'informazione da parte dell'assicuratore, è assimilata ad una dichiarazione erronea e può, a certe condizioni, obbligare l'autorità a concedere ad una persona assicurata un vantaggio al quale non avrebbe potuto pretendere, in virtù del principio della buona fede derivante dall'art. 9 Cost. fed. (DTF 131 V 472 consid. 5 con rinvii; v. pure DTF 121 V 34; 112 V 124).

E. 11.5.2

Un'informazione o una decisione errata possono obbligare l'amministrazione a concedere ad un amministrato un vantaggio contrario alla legge se (a) l'autorità è intervenuta in una

situazione concreta nei confronti di determinate persone, (b) l'autorità ha agito o creduto di agire nei limiti della propria competenza, (c) l'amministrato non ha potuto rendersi conto immediatamente dell'inesattezza dell'informazione ricevuta, (d) facendo affidamento sull'informazione ricevuta egli ha preso delle disposizioni non reversibili senza pregiudizio, (e) la legge non è stata modificata dal momento in cui l'informazione è stata data. Questi principi si applicano per analogia in caso di mancanza di informazione, la condizione c) dovendo tuttavia essere formulata nel seguente modo: l'amministrato non ha avuto conoscenza del contenuto dell'informazione omessa o che il contenuto era talmente evidente che non doveva attendersi un'altra informazione (sentenza del TF 8C_271/2022 consid. 3.2.3 e relativi riferimenti).

E. 12.1

Il padre della ricorrente asserisce che l'UAIE gli ha comunicato che gli apparecchi acustici della figlia dovevano essere sostituiti e l'ha autorizzato ad acquistare i due supporti uditivi. Precisa di aver trasmesso all'UAIE i documenti richiesti e di aver preso contatto con l'azienda produttrice dei dispositivi, confermando "l'impegno di acquisto". Sostiene che è ravvisabile una violazione dell'obbligo di informazione e di consulenza, ai sensi dell'art. 27 LPGa, in quanto non sarebbe stato sufficientemente informato dei presupposti necessari per l'assunzione dei costi dei nuovi apparecchi acustici sostitutivi. Si duole in particolare di non essere stato informato che l'UAIE avrebbe assunto soltanto una parte del costo degli apparecchi acustici, dovendo egli "coprire un terzo del valore totale", ciò che comporta spese eccessive per la sua famiglia. Si lamenta del fatto che l'UAIE gli abbia fatto assumere impegni a cui non può adempiere. Chiede, invocando implicitamente il principio della buona fede, ai sensi dell'art. 9 Cost., che l'UAIE si assuma "il pagamento completo degli apparecchi acustici" (v. il ricorso del 15 marzo 2023 [doc. TAF 1], la replica del 21 giugno 2023 [doc. TAF 9], la presa di posizione del 23 agosto 2023 [doc. TAF 13] e la presa di posizione del 30 ottobre 2023 [doc. TAF 17]).

E. 12.2

L'UAIE, dal canto suo, rileva che la ricorrente è affetta da ipoacusia neurosensoriale bilaterale e necessita di due supporti uditivi modello Nucleus 7 (CP1000). Secondo la lista relativa agli apparecchi acustici impiantati o ad ancoraggio osseo, l'insorgente ha diritto per questo modello (posizione tariffale 69.14.1 della lista) ad un importo massimo di fr. 11'770.- per apparecchio acustico. Nel caso in esame, essendo necessari due apparecchi, l'UAIE assume a giusta ragione i costi dei due supporti uditivi per un importo massimo di fr. 23'540.-. L'UAIE sottolinea altresì di aver informato in maniera adeguata il padre della ricorrente in merito ai diritti ed agli obblighi della figlia, senza aver peraltro mai prospettato al medesimo l'assunzione della totalità dei costi degli apparecchi. Nonostante egli fosse a conoscenza del fatto che prima di sostituire gli apparecchi acustici fosse necessario l'accordo dell'Ufficio AI e pur sapendo che gli accertamenti in merito alla sua richiesta di sostituzione degli apparecchi non erano ancora terminati, ha acquistato gli apparecchi acustici per la figlia prima che fosse pronunciata la decisione impugnata. Per questo motivo, all'Ufficio AI non può essere rimproverata alcuna violazione dell'obbligo di informazione e di consulenza (v. la risposta al ricorso del 12 maggio 2023 [doc. TAF 6] e la duplice del 18 luglio 2023 [doc. TAF 11]).

E. 13.1

Questo Tribunale rileva, per quanto emerge dalle carte processuali, che la ricorrente (nata nel [...]), nel mese di agosto del 2013, è partita in vacanza (con la propria famiglia) per l'Argentina (scritto del padre del gennaio 2015 [doc. UAIE 1]), ove è stata sottoposta ad esami audiologici, diagnosticata un'ipoacusia neurosensoriale bilaterale e prescritti l'utilizzo di apparecchi acustici ed una terapia uditiva (referti di esami dell'agosto, settembre e novembre 2013 e rapporti medici dell'agosto 2013 ed aprile 2014 [doc. UAIE 6]).

E. 13.2

Al più tardi da settembre del 2014, l'insorgente è ritornata (unitamente alla propria famiglia) in Svizzera, risiedendo dapprima a (...; scritto dell'assicurazione malattie del settembre 2014 [doc. UAIE 5]). Si è poi trasferita (con la propria famiglia) in (...), almeno dal gennaio 2015 (formulario ufficiale "Richiesta per minori" [doc. UAIE 2] e scritti e comunicazioni dell'Ufficio AI del Cantone C. _____ del febbraio 2015, aprile ed ottobre 2016 [doc. UAIE 7, UAIE 27, UAIE 32 e UAIE 33]).

E. 13.3

Perlomeno da aprile del 2015, la ricorrente (affetta da sordità neurosensoriale, affezione considerata infermità congenita [cifra 446 OIC]; v. l'annotazione del medico SMR del dicembre 2015 [doc. UAIE 21]) è stata in cura presso l'Ospedale universitario di (...; eri dell'aprile, novembre e dicembre 2015 [doc. UAIE 13, UAIE 17, UAIE 18 e UAIE 22]) e sottoposta altresì, nel gennaio 2016, ad un intervento chirurgico di impianto cocleare bilaterale (rapporto di dimissione ospedaliera del gennaio 2016 [doc. UAIE 26]).

E. 13.4.1

Con comunicazione del 18 gennaio 2016 (doc. UAIE 23), l'Ufficio AI del Cantone C. _____ ha riconosciuto all'insorgente una garanzia per provvedimenti sanitari, assumendosi i costi per la cura della sua infermità congenita per il periodo dal 2 aprile 2015 al 30 aprile 2020.

E. 13.4.2

Con comunicazioni dell'11 ottobre 2016 (doc. UAIE 32 e UAIE 33), l'Ufficio AI del Cantone C. _____ ha poi, da un lato, riconosciuto alla ricorrente una garanzia per intervento e componente interno per supporto acustico, assumendosi i costi dell'inserimento di un supporto acustico bilaterale, e, dall'altro, informato la medesima che avrebbe assunto i costi di fr. 24'948.- (IVA inclusa) per il supporto uditivo Nucleus CP900 (componente esterna per entrambi i lati).

E. 13.5.1

Con sentenza del 2 giugno 2021 (C-4519/2020), questo Tribunale ha accertato che l'insorgente ha avuto il proprio domicilio, ai sensi dell'art. 23 CC, in Svizzera da (giugno del) 2013 ad (ottobre del) 2020, prima della partenza per la Repubblica Argentina il 23 ottobre 2020 (sentenza del TAF C-4519/2020 del 2 giugno 2021 consid. 4.4.1, 4.4.2 e 4.4.4).

E. 13.5.2

La ricorrente è poi stata ammessa a partecipare all'assicurazione facoltativa, ai sensi dell'art. 2 cpv. 1 LAVS, potendo così beneficiare del diritto ai provvedimenti sanitari garantiti in Svizzera anche all'estero (nota telefonica dell'UAIE del 20 gennaio 2022 [doc. UAIE 114]).

E. 14.1

Il 20 gennaio 2022, l'UAIE ha informato il padre della ricorrente che sarebbe stata emessa "una decisione di presa a carico dei provvedimenti sanitari (per la figlia)", precisandogli altresì che se tali provvedimenti fossero stati ancora necessari, egli avrebbe dovuto inviare "una richiesta scritta di prolungamento delle prestazioni" (doc. UAIE 114).

E. 14.2

Il 20 gennaio 2022, il padre dell'insorgente ha chiesto il prolungamento "della copertura delle prestazioni" per la figlia nonché il "beneficio corrispondente all'uso degli apparecchi acustici", sottolineando che "i dispositivi presentano difficoltà, sia in termini di utilizzo che di tecnologia" (doc. UAIE 115). Il 24 gennaio 2022, ha poi segnalato all'UAIE che gli apparecchi acustici della figlia erano guasti, indicando in particolare che gli stessi "si spengono e si riaccendono". Ha chiesto di poter consultare un otorinolaringoiatra ed un audiologo al fine di "poter cambiare gli apparecchi acustici il prima possibile" (doc. UAIE 116).

E. 14.3

Il 10 febbraio 2022, l'UAIE ha segnalato al padre dell'interessata di aver "ricevuto la sua richiesta di prolungamento per i provvedimenti sanitari di sua figlia". Ha poi informato il padre che "per poter procedere all'esame della domanda, la preghiamo gentilmente di inviarmi i seguenti documenti", segnatamente un rapporto dell'otorinolaringoiatra curante della figlia, un referto di audiogramma, la prescrizione dell'otorinolaringoiatra per il nuovo apparecchio acustico per la figlia ed il preventivo per il nuovo apparecchio acustico (doc. UAIE 117). Detta autorità ha altresì precisato al padre che "a ricezione di quanto richiesto, procederemo all'esame del prolungamento e la informeremo dell'esito quanto prima".

E. 14.4

Il 18 febbraio 2022, il padre della ricorrente ha prodotto due rapporti del 17 febbraio 2022 dell'otorinolaringoiatra curante dott. D._____, un preventivo di \$ 38'750.00 del 15 febbraio 2022 (per l'acquisto di due processori vocali [modello Nucleus 7 CP1000]) ed un referto di esami audiologici del 14 febbraio 2022. In particolare, nei rapporti del 17 febbraio 2022, il dott. D._____, dopo aver indicato che la paziente soffre di un'ipoacusia neurosensoriale bilaterale ed è stata sottoposta ad un intervento chirurgico di impianto cocleare bilaterale, ha rilevato che i suoi processori vocali (modello "Cochlea CP910") presentano dei difetti di funzionamento. Ciò premesso, ha prescritto la sostituzione degli stessi (con dei processori vocali modello "Cochlea Nucleus 7 CP1000"; doc. UAIE 118 a UAIE 123).

E. 14.5.1

Nell'ambito della procedura d'esame della domanda, il 22 febbraio 2022, l'UAIE ha dapprima comunicato al padre dell'insorgente di non poter indicare quando sarebbe stata resa la decisione (doc. UAIE 124).

E. 14.5.2

Il 28 febbraio 2022, l'UAIE ha poi sottoposto i documenti medici agli atti all'audiologo dott. E._____, chiedendogli di valutare se si giustificava una prosecuzione dell'assunzione dei costi degli apparecchi acustici da parte dell'assicurazione invalidità svizzera (doc. UAIE 125).

E. 14.5.3

Nel rapporto del 4 marzo 2022, il dott. E. _____ ha rilevato che, secondo il referto di audiogramma del 14 febbraio 2022, la ricorrente soffre di una sordità totale bilaterale. In siffatte circostanze, si giustificava, a suo parere, l'uso di impianti cocleari. L'intervento di impianto cocleare è stato effettuato nel 2016. Al fine di mantenere la funzionalità degli apparecchi, secondo il medico, è opportuno, dopo sei anni, sostituire gli apparecchi acustici, ritenuto che gli stessi vengono indossati per molte ore al giorno e, trascorso questo periodo, presentano evidenti segni di usura e guasti sempre più frequenti. I presupposti per la sostituzione rapida degli apparecchi acustici sono, a giudizio del dott. E. _____, chiaramente adempiti (doc. UAIE 126).

E. 14.5.4

Il 19 aprile 2022, il padre dell'insorgente ha prodotto "la fattura" (del 22 marzo 2022 per processore vocale [modello CP1000 Nucleus 7] per un importo di \$ 38'750.00; doc. UAIE 146).

E. 14.6.1

Con (una prima) decisione del 23 maggio 2022, l'UAIE ha dapprima stabilito che i provvedimenti (sanitari) accordati dall'Ufficio AI del Cantone C. _____ con decisione del 18 gennaio 2016, ossia il "rimborso dei costi per la cura dell'infermità congenita cifra 446 OIC", sono ugualmente concessi all'estero fino al 30 aprile 2028, secondo la tariffa dell'assicurazione sociale del Paese di residenza (doc. UAIE 147). Questa decisione è cresciuta incontestata in giudicato.

E. 14.6.2

Con (una seconda) decisione del 23 maggio 2022, l'UAIE ha poi deciso di assumere i costi per "il supporto uditivo Nucleus 7 (CP1000), componente esterna, posizione tariffale 69.14.2" per un importo massimo di fr. 11'770.- (IVA esclusa). Detta autorità ha altresì sottolineato che "prima di ogni rinnovamento, è necessario presentare un preventivo e ottenere il nostro accordo" (doc. UAIE 148).

E. 15.1

Ora, il 10 febbraio 2022, allorquando l'UAIE ha segnalato al padre della ricorrente di aver ricevuto la "richiesta di prolungamento per i provvedimenti sanitari" della figlia (doc. UAIE 117), detta autorità avrebbe dovuto informare il padre che sarebbero state rese due decisioni. Da un lato, una (prima) decisione in merito alla "presa a carico dei provvedimenti sanitari (per la figlia)", la medesima essendosi trasferita in Argentina nell'ottobre 2020 (doc. UAIE 108) ed essendo stata ammessa a partecipare all'assicurazione facoltativa (doc. UAIE 114), decisione che l'UAIE ha poi reso il 23 maggio 2023 (doc. UAIE 127), allorquando ha stabilito che "il rimborso dei costi per la cura dell'infermità congenita" è ugualmente concesso all'estero fino al 30 aprile 2028 (decisione peraltro cresciuta incontestata in giudicato). Dall'altro lato, una (seconda) decisione in merito all'assunzione dei costi per gli apparecchi acustici sostitutivi, il padre dell'insorgente avendo inoltrato il 24 gennaio 2022 una richiesta di sostituzione degli apparecchi acustici della figlia (doc. UAIE 116), decisione che l'UAIE ha poi reso il 23 maggio 2022, allorquando ha deciso che venivano assunti i costi per "il supporto uditivo Nucleus 7 (CP1000)" per un importo massimo di fr. 11'770.- (doc. UAIE 148) ed ha riconsiderato il 17 febbraio 2023, allorquando ha infine stabilito che vengono assunti i costi per "due supporti uditivi Nucleus 7 (CP1000)" per un importo massimo di fr. 23'540.- (doc. UAIE 148; decisione che costituisce l'oggetto litigioso nella presente procedura ricorsuale).

E. 15.2

Per ciò che qui maggiormente interessa, il 18 febbraio 2022, quando l'UAIE ha ricevuto i documenti richiesti per l'esame della domanda (doc. UAIE 118), in particolare, fra gli altri, il preventivo di \$ 38'750.00 per i nuovi apparecchi acustici (doc. UAIE 122), detta autorità avrebbe invero dovuto, - tenuto anche conto del fatto che nello scritto del 20 gennaio 2022 era stato fatto riferimento all'urgenza della sostituzione dei vecchi apparecchi - informare il padre della ricorrente che, in caso di acquisto degli apparecchi sostitutivi in Argentina, l'Ufficio AI avrebbe rimborsato i costi degli apparecchi acustici riconosciuti dall'AI, che figurano nell'elenco "Apparecchi acustici AVS/AI" dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, fino ad un importo massimo, per quanto attiene al caso in esame, previsto dall'elenco degli "Apparecchi acustici impiantati o ad ancoraggio osseo" dell'Ufficio federale delle assicurazioni sociali e dunque non fino a concorrenza di \$ 38'750.00. Dalla documentazione trasmessa dal padre, emergeva infatti che la figlia era stata sottoposta, nel febbraio 2022, a visita medica e ad esami audiologici e che l'otorinolaringoiatra curante dott. D. _____ aveva prescritto la sostituzione dei suoi processori vocali (modello "Cochlea CP910") con dei processori vocali (modello "Cochlea Nucleus 7 CP1000"; doc. UAIE 123). Per questo motivo, il padre aveva chiesto un preventivo, quello appunto del 15 febbraio 2022 (per due processori vocali [modello Nucleus 7 CP1000] per un ammontare di \$ 38'750.00). All'UAIE non poteva certo sfuggire che il padre intendeva acquistare al più presto, in considerazione dei gravi disagi causati da quelli vecchi, i nuovi apparecchi acustici per la figlia in Argentina, ciò che poi ha effettivamente fatto. Il 19 aprile 2022, egli ha quindi prodotto la fattura del 22 marzo 2022 per i nuovi apparecchi acustici (processore vocale modello "CP1000 [Nucleus 7]" per un importo di \$ 38'750.00; doc. UAIE 146). Il 24 giugno 2022, ha poi comunicato all'UAIE di aver sottoscritto un contratto di acquisto per gli apparecchi acustici della figlia (per un importo di \$ 38'750.00; doc. UAIE 153).

E. 15.3

In siffatte circostanze, l'UAIE - dando prova della necessaria diligenza in relazione alla richiesta del padre della ricorrente tendente alla copertura del costo degli apparecchi sostitutivi che voleva acquistare in Argentina per un ammontare di \$ 38'750.00 - avrebbe dovuto informare la ricorrente che in caso di acquisto degli apparecchi in Argentina, l'Ufficio AI non avrebbe potuto assumere il costo totale pari a \$ 38'750.00, ma al massimo fino a concorrenza del limite richiesto da tale provvedimento se fosse stato eseguito in Svizzera, ossia fr. 11'700.00.- x 2 (IVA esclusa). L'UAIE avendo omesso di fornire tale informazione alla ricorrente, ha violato il proprio obbligo di informazione e di consulenza, ai sensi dell'art. 27 LPGA. Da un lato, non si può ritenere che tali informazioni siano conosciute in maniera generale o facilmente accessibili. Dall'altro lato, stante le premesse, l'autorità inferiore disponeva di tutti gli elementi per dovere informare rapidamente la ricorrente, dopo la ricezione dei messaggi di posta elettronica della ricorrente del 10 e 18 febbraio 2022, nel senso appena indicato, quindi più in dettaglio di quanto non abbia effettivamente fatto il 22 febbraio 2022 (v. riassunto dei fatti lettera B.g). Non soccorrono l'UAIE neppure le informazioni di cui alle decisioni del 23 maggio 2022 (doc. UAIE 147 e UAIE 148) ed alle comunicazioni del 9 giugno 2022 e 24 giugno 2022 (doc. UAIE 152 e UAIE 153). Tali informazioni sono infatti state fornite solo dopo che la ricorrente aveva già inviato all'autorità inferiore la fattura per l'acquisto dei due nuovi apparecchi il 22 marzo 2022, quando invero era riconoscibile o perlomeno prevedibile, dopo l'inoltro dei messaggi di posta elettronica del 10 e 18 febbraio 2022, che la ricorrente avrebbe in breve

provveduto, conto tenuto dell'evidente necessità, alla sostituzione dei vecchi apparecchi acustici dunque all'acquisto di quelli nuovi in Argentina secondo il preventivo presentato. Peraltro, l'assunzione dei costi degli apparecchi acustici da parte dell'assicurazione invalidità svizzera è una questione giuridica relativamente complessa poiché dipende da differenti presupposti, il cui apprezzamento non è evidente alla sola lettura della legge, motivo per cui non è possibile ritenere che il padre dell'insorgente dovesse conoscere la situazione legale. Per il resto, da una nota telefonica del 24 giugno 2022, risulta che il padre della ricorrente ha comunicato all'UAIE che se avesse saputo prima (che detta autorità avrebbe assunto i costi degli apparecchi acustici della figlia per un importo massimo di fr. 11'770.- per apparecchio), non avrebbe sottoscritto il contratto per i nuovi apparecchi acustici sostitutivi in Argentina (doc. UAIE 153). In sede di ricorso, il padre ha poi allegato che "l'UAIE, conoscendo la legge, presume, senza il consenso, che io acquisisca i dispositivi che non saranno completamente coperti, ma non chiarisce che mi aiuterà solo parzialmente, il che mi provoca danni e danni che incidono sulla nostra economia ponendoci di fronte a costi che non siamo in grado di affrontare. Se l'UAIE sa che c'è un limite di pagamento (...) non ha comunicato che in questo caso, se facevo l'acquisto, io stesso dovevo accollarmi parte del costo" (doc. TAF 13 [presa di posizione del 23 agosto 2023]). Peraltro, è assolutamente credibile che se l'UAIE avesse tempestivamente informato la ricorrente del limite specifico di assunzione dei costi all'estero (di fr. 11'770.- [IVA esclusa] per nuovo impianto acustico), essa non avrebbe effettuato detto acquisto in Argentina per la somma di \$ 38'750.00.

E. 16

Per conseguenza, sulla scorta delle considerazioni che precedono, questo Tribunale conclude che risulti giustificato ritenere che l'insorgente (e per lei il padre) se fosse stata informata tempestivamente e correttamente dall'UAIE, non avrebbe acquistato in Argentina i nuovi apparecchi acustici sostitutivi. Ritenuto che l'UAIE è intervenuto in una situazione concreta, agendo nei limiti della propria competenza, che né la ricorrente né il padre erano a conoscenza, o potevano esserlo facilmente, dell'importo massimo prevedibile per il rimborso dei costi, che la ricorrente stessa ha acquistato gli apparecchi acustici, a discapito dei propri interessi economici, senza che nel frattempo vi sia stata una modifica del quadro legislativo applicabile, la ricorrente medesima, ed il padre che ha agito per la stessa, vanno tutelati nella loro buona fede. Il ricorso va pertanto accolto e l'impugnata decisione del 17 febbraio 2023 riformata nel senso che l'UAIE è tenuto ad assumere il corrispettivo in franchi svizzeri, per un massimo di \$ 38'750.00, del costo effettivo sostenuto in Argentina dalla ricorrente per l'acquisto dei due supporti uditivi modello "Cochlea Nucleus 7 CP1000". Tali apparecchi sono peraltro stati prescritti dall'otorinolaringoiatra curante dott. D._____, sono rispondenti ai bisogni d'integrazione della ricorrente e atti a garantirle un'adeguata capacità uditiva, in termini di comunicazione e di comprensione, sia in ambito familiare che in ambito scolastico, ciò che peraltro è incontestato in questa sede. Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda al calcolo dell'importo da versare.

E. 17.1

Visto l'esito della causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 800.-, versato il 30 marzo 2023, sarà restituito alla ricorrente allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

E. 17.2

Ritenuto che l'insorgente è rappresentata in questa sede dal proprio padre e che non ha fatto valere né risulta, ad un esame d'ufficio degli atti, che abbia dovuto sopportare delle spese indispensabili e relativamente elevate in relazione alla procedura di ricorso, non si giustifica l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). (dispositivo alla pagina seguente)

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