

TI_GERICHTE 30.2019.36 vom 19. Juni 2020

TI Tribunale d'appello, 2020-06-19, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_30.2019.36

FR: TI_GERICHTE 30.2019.36 du 19 juin 2020

IT: TI_GERICHTE 30.2019.36 del 19 giugno 2020

Regeste

Diritto ad apparecchi acustici quali mezzi ausiliari. La sostituzione dell'apparecchio prima di 5 anni x AVS è possibile se è necessaria una modifica sostanziale dell'acutezza uditiva, ossia se l'aumento della perdita è di più del 10%. Qui: 8,15% ,perciò è escluso il pagamento anticipato del forfait

Volltext

Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 19.06.2020 30.2019.36 Tessin Tribunale cantonale delle assicurazioni 19.06.2020 30.2019.36 Ticino Tribunale cantonale delle assicurazioni 19.06.2020 30.2019.36

Diritto ad apparecchi acustici quali mezzi ausiliari. La sostituzione dell'apparecchio prima di 5 anni x AVS è possibile se è necessaria una modifica sostanziale dell'acutezza uditiva, ossia se l'aumento della perdita è di più del 10%. Qui: 8,15% ,perciò è escluso il pagamento anticipato del forfait

Incarto n. 30.2019.36 TB Lugano 19 giugno 2020 In nome della Repubblica e Cantone Ticino Il Tribunale cantonale delle assicurazioni composto dei giudici: Daniele Cattaneo, presidente, Raffaele Guffi, Ivano Ranzanici redattrice: Tanja Balmelli , vicecancelliera segretario: Gianluca Menghetti statuendo sul ricorso del 17 dicembre 2019 di RI 1 contro la decisione su opposizione del 18 novembre 2019 emanata da Cassa cantonale di compensazione - Ufficio delle prestazioni, 6501 Bellinzona in materia di mezzi ausiliari dell'AVS ritenuto in fatto 1.1. A seguito della domanda inoltrata nel novembre 1990 (doc. 3) di beneficiare di prestazioni dall'assicurazione invalidità a causa della perdita uditiva, con decisione dell'11 giugno 1991 (doc. 7) RI 1, 1934, ha ottenuto il diritto ad avere in prestito quale mezzo ausiliario un apparecchio acustico per l'orecchio destro del costo di Fr. 1'923.-. 1.2. Il 16 gennaio 1998 (doc. 8) l'assicurato ha fatto richiesta per un nuovo apparecchio per l'orecchio destro, i cui costi l'Ufficio AI si è assunto il 31 agosto 1998 (doc. 13) in ragione di Fr. 3'456.-. 1.3. Con scritto del 13 luglio 2004 (doc. 14) l'assicurato a informato l'Ufficio AI che l'apparecchio si era rotto e quindi ne chiedeva la sostituzione. Come per le altre domande, l'amministrazione ha interpellato un medico specialista in otorinolaringoiatria per valutare la richiesta di ottenimento di un apparecchio acustico (docc. 15-17, 20) e, quale diritto acquisito AI, il 24 novembre 2004 (doc. 21) gli ha concesso la garanzia per un apparecchio acustico con livello di deficit auditivo 3 per l'importo totale di Fr. 2'915,95, per una protesizzazione di tipo semplice e adeguato. 1.4. Su consiglio del proprio medico ORL di portare una protesi acustica anche a destra, il 22 ottobre 2009 (doc. 23) RI 1 ha chiesto all'Ufficio AI di partecipare ai costi. Preso atto della perizia finale eseguita dall'esperto (doc. 27), con decisione del 14 giugno 2010 (doc. 28) l'amministrazione ha concesso la garanzia e si è assunta i costi di Fr. 2'641,60 per la consegna di un apparecchio acustico con livello di deficit auditivo 3. 1.5. Il 21 gennaio 2016 (doc. 32) l'assicurato ha inoltrato una

nuova domanda per mezzi ausiliari e, sulla scorta della perizia del dr. med. _____, il 25 febbraio 2016 (doc. 34) l'amministrazione gli ha concesso la garanzia per un importo forfettario di due apparecchi acustici e gli ha rimborsato Fr. 1'650.-. 1.6. Alla richiesta di RI 1 del 27 maggio 2019 (doc. 37) per mezzi ausiliari dall'AVS, corredata dall'audiogramma eseguito dall'Ospedale _____ di _____ (doc. 36), l'Ufficio AI ha risposto il 22 luglio 2019 (doc. 35) che un contributo per la sostituzione dell'apparecchio acustico non può essere concesso prima della scadenza di questo termine soltanto se interviene una modifica importante dell'acutezza uditiva. Considerato che la precedente domanda era del 2016, non era possibile accordargli un nuovo contributo. Se però la nuova domanda era stata presentata per un peggioramento, l'Ufficio AI necessitava del certificato di un medico ORL. 1.7. Preso atto della perizia medica del 14 agosto 2019 (doc. 38) effettuata dal dr. med. _____, con decisione del 20 agosto 2019 (doc. A3) la Cassa cantonale di compensazione ha respinto la domanda, non concedendo un importo forfettario. L'amministrazione ha ricordato che un ulteriore contributo per la sostituzione dell'apparecchio acustico acquistato nel 2016 poteva avvenire al più presto nel gennaio 2022. Inoltre, un contributo prematuro poteva essere concesso unicamente se uno specialista attestava che la perdita uditiva globale era aumentata di almeno 15 punti percentuali e che pertanto era necessaria una nuova protesizzazione. Se però nell'ultima perizia la perdita uditiva complessiva era del 60%, era sufficiente un peggioramento di 10 punti percentuali per avere di nuovo diritto a un rimborso forfettario. In concreto tali condizioni non erano tuttavia date, ritenuto che la perdita uditiva globale era aumentata dell'8,15%. 1.8. L'assicurato si è opposto al rifiuto il 13 settembre 2019 (doc. A2), rilevando che la perizia del febbraio 2016 attestava una perdita uditiva dell'89,3% e di aver avuto da allora un peggioramento dell'8,2%, per giungere ora al 97,45%. Pertanto, un peggioramento del 10% significherebbe avvicinarsi a una situazione di anacusia, nella quale però gli apparecchi acustici sarebbero praticamente inutili. L'opponente ha rilevato che il peggioramento è avvenuto in maniera più evidente all'orecchio sinistro, che è passato da una situazione di orecchio gravemente compromesso ad orecchio cofotico, con una difficoltà del 100% sia nella perdita tonale sia vocale. Considerata la sua attività di _____, egli non può più utilizzare i vecchi apparecchi acustici, ma deve ricorrere al sistema Bi-Cros per recuperare la stereofonia, indispensabile sia nel lavoro di montaggio sia nella vita quotidiana. Pertanto, l'assicurato ha chiesto di rivedere la sua domanda di apparecchi acustici adeguati. 1.9. Con decisione su opposizione del 18 novembre 2019 (doc. A1) la Cassa cantonale di compensazione ha ricordato le norme legali applicabili (art. 43ter LAVS, art. 66ter OAVS, art. 2 OMAV) e ha evidenziato che, secondo il N. 2012 della Circolare sulla consegna di mezzi ausiliari da parte dell'assicurazione per la vecchiaia (CMAV), un contributo per la sostituzione di un apparecchio difettoso può avvenire al più presto dopo cinque anni o, prima, se uno specialista ORL attesta la necessità di un nuovo apparecchio a seguito di un peggioramento importante dell'acutezza uditiva, che va determinato secondo le Direttive per i medici specialisti ORL. Esse prevedono che un contributo anticipato può essere concesso se la perdita uditiva è aumentata più del 15% o, per chi ha già una perdita del 60%, del 10%. Considerato che l'assicurato non ha apportato la prova atta a inficiare la perizia specialistica del 14 agosto 2019 del dr. med. _____, secondo cui la perdita uditiva globale è aumentata dell'8,15%, questa perizia è determinante e poiché l'incremento è inferiore ai 10 punti percentuali, l'amministrazione ha a ragione negato il diritto a prestazioni. Inoltre, il fatto che il peggioramento sia avvenuto in modo più marcato da un

lato, per la Cassa di compensazione non è una prova che porta a una diversa valutazione del caso. La Cassa ha infine precisato che i casi di rigore sono riconosciuti solo agli assicurati in età AI e poiché l'assicurato non ha mai beneficiato di tale prestazione, non può essere considerato come un diritto acquisito. 1.10. Con ricorso del 17 dicembre 2019 (doc. I), identico alla sua opposizione, RI 1 ha chiesto al Tribunale di accogliere la domanda di contributo anticipato per la sostituzione degli apparecchi acustici a causa di un drastico peggioramento della sua situazione uditiva. 1.11. Nella risposta del 20 gennaio 2020 (doc. III) la Cassa cantonale di compensazione ha proposto di respingere il ricorso visto che l'assicurato ha sollevato le stesse obiezioni dell'opposizione. L'amministrazione ha inoltre osservato che l'utilizzo del sistema Bi-Cros - per persone che hanno sordità monolaterale da una parte e ipoacusia dall'altra - non costituisce una soluzione semplice e adeguata, ma risulta più performante dei classici apparecchi acustici, poiché permette di sentire i suoni anche dal lato non udente anche senza girare la testa. La Cassa ha altresì rilevato che il ricorrente non ha comprovato né spiegato il motivo per cui il precedente apparecchio utilizzato per l'orecchio destro non possa essere adattato visto che non v'è stata un'importante perdita uditiva come invece occorso dal lato sinistro. 1.12. L'insorgente ha prodotto il 30 gennaio 2020 (doc. V) l'attestato medico rilasciato dal dr. med. _____, sulla cui base ha contestato le affermazioni della Cassa di compensazione e ha ricordato che una migliore capacità uditiva è fondamentale sia nell'esercizio dell'attività di sia nel quotidiano. 1.13. Il 12 febbraio 2020 (doc. VII) la Cassa ha osservato che lo specialista non ha attestato che l'adattamento del vecchio apparecchio per l'orecchio destro non era attuabile, ma ha solo affermato che un suo adattamento non ha portato i benefici sperati e che, anche adattato alla nuova perdita uditiva, non ha dato l'aiuto sperato. Pertanto, l'adattamento non costituiva la soluzione migliore per l'assicurato, poiché non gli consentiva di recuperare la stereofonia come con il sistema Bi-Cros, ciò che però implicava la sostituzione di entrambi gli apparecchi. L'amministrazione ha ribadito che il rifiuto di concedergli il contributo per la sostituzione anticipata del mezzo ausiliario, che nel suo caso può avvenire ogni 6 anni in virtù del diritto acquisito in ambito AI, si basa sul fatto che non v'è stato un complessivo peggioramento della capacità uditiva del 10%. Essa ha infine ricordato che l'assicurato ha diritto a un mezzo ausiliario semplice e adeguato e non alla migliore soluzione possibile. 1.14. Il ricorrente ha criticato la posizione della Cassa, rilevando il 28 febbraio 2020 (doc. IX) come essa ignori i dati tecnici della sua situazione uditiva, che fa sì che senza i nuovi apparecchi egli non potrebbe più lavorare. Infatti, l'orecchio sinistro presenta una perdita uditiva di suoni e parola del 100%, mentre l'orecchio destro sta peggiorando e la situazione è molto grave. Egli ha affermato che il fornitore ha provato, inutilmente, ad adattare il vecchio apparecchio, ma ciò ha generato soltanto confusione nel timpano e quindi l'assicurato non riusciva a capire le parole. Per contro, il nuovo apparecchio gli ridà la stereofonia, dandogli la possibilità di comprendere, e non solo sentire, le parole, ciò che rappresenta anche un fattore di sicurezza nel quotidiano. 1.15. Il 17 aprile 2020 (doc. XI) l'amministrazione ha ribadito soltanto che non risulta medicalmente comprovato che non c'era la possibilità di adeguare l'attuale mezzo ausiliario per l'orecchio destro, che presenta ancora una capacità uditiva residua. Per di più, l'ottenimento dell'effetto stereofonico costituisce la soluzione migliore possibile per l'assicurato, che però non rientra nella nozione di mezzo ausiliario semplice e adeguato. 1.16. Il ricorrente non ha formulato ulteriori osservazioni (doc. XII). considerato in diritto

2.1. Per quanto concerne i mezzi ausiliari, secondo l'art. 43quater cpv. 1 LAVS il Consiglio federale stabilisce a quali condizioni i beneficiari di rendite di vecchiaia o di

prestazioni complementari con domicilio e dimora abituale in Svizzera (art. 13 LPGGA) che abbisognano di apparecchi costosi per spostarsi, per stabilire contatti con il proprio ambiente o per attendere autonomamente alla propria persona, hanno diritto a mezzi ausiliari. Giusta il cpv. 2 dell'art. 43quater LAVS, esso stabilisce in quali casi i beneficiari di rendite di vecchiaia o di prestazioni complementari con domicilio e dimora abituale in Svizzera hanno diritto a mezzi ausiliari per esercitare un'attività lucrativa o svolgere le loro mansioni abituali. Per l'art. 43quater cpv. 3 LAVS, esso indica i mezzi ausiliari consegnati o sussidiati dall'assicurazione; ne disciplina la consegna, come pure la procedura, e stabilisce quali norme della LAI sono applicabili. L'art. 66ter cpv. 1 OAVS prevede che il Dipartimento federale dell'interno (DFI) stabilisce le condizioni del diritto alla consegna di mezzi ausiliari ai beneficiari di rendite di vecchiaia, prescrive il genere dei mezzi ausiliari da consegnare e regola la procedura di consegna. L'art. 66ter cpv. 2 OAVS dispone che gli artt. 14bis e 14ter OAI sono applicabili per analogia. Giusta l'art. 14bis cpv. 1 OAI, il Dipartimento stabilisce in un'ordinanza i mezzi ausiliari ai quali si applicano gli strumenti di cui all'articolo 21quater capoverso 1 lettere a–c LAI. L'Ordinanza sulla consegna di mezzi ausiliari da parte dell'assicurazione per la vecchiaia (OMAV) definisce il diritto degli assicurati all'assegnazione di mezzi ausiliari conformemente all'art. 43ter LAVS (art. 1 OMAV). Giusta l'art. 2 cpv. 1 OMAV, i beneficiari di una rendita di vecchiaia domiciliati in Svizzera che hanno bisogno di mezzi ausiliari per adempiere le mansioni consuete, per spostarsi, per stabilire contatti con l'ambiente o ampliare la propria autonomia, hanno diritto alle prestazioni citate nella lista allegata. Tale lista definisce in modo esaustivo la natura e la portata delle prestazioni per ogni singolo mezzo ausiliario. Nella misura in cui la lista non dispone in altro modo, l'assicurazione paga un contributo alle spese del 75% del prezzo netto (art. 2 cpv. 2 OMAV). In virtù dell'art. 4 OMAV, i beneficiari di una rendita di vecchiaia domiciliati in Svizzera, assegnatari di mezzi ausiliari o di sussidi per le spese ai sensi degli artt. 21 e 21bis LAI nel momento in cui nasce il diritto a una rendita AVS continuano ad averne diritto nella medesima misura fintanto che le condizioni determinanti sono adempiute e salvo disposizioni contrarie della presente ordinanza. Per il resto, le corrispondenti disposizioni dell'assicurazione per l'invalidità sono applicabili per analogia.

2.2. Secondo la cifra 5.57 dell'allegato OMAV, avente per oggetto, quali mezzi ausiliari per il cranio e la faccia, gli apparecchi acustici, la condizione per il rimborso è che l'assicurato/a soffra di una grave ipoacusia e che la posa di un tale apparecchio permetta di migliorare notevolmente la sua acutezza uditiva e di facilitare considerevolmente i contatti con il suo ambiente. L'assicurato/a ha diritto al rimborso forfettario di uno o due apparecchi acustici al massimo ogni cinque anni; la sostituzione dell'apparecchio prima del termine è possibile se resa necessaria da una modifica sostanziale dell'acutezza uditiva. Gli apparecchi acustici devono essere consegnati da specialisti. Il forfait ammonta al 75 per cento del corrispondente forfait dell'assicurazione invalidità secondo il numero 5.07 dell'allegato dell'ordinanza del DFI del 29 novembre 1976 sulla consegna di mezzi ausiliari da parte dell'assicurazione per l'invalidità (OMAI). Il diritto si limita alla protesizzazione con apparecchi acustici; non sussiste alcun diritto a ulteriori partecipazioni ai costi da parte dell'assicurazione. Il forfait è versato unicamente per apparecchi acustici che rispondono ai requisiti dell'assicurazione. Esso è versato dietro presentazione dell'importo totale della fattura e dei relativi documenti giustificativi. La cifra 5.07 dell'allegato OMAI, avente per oggetto, quali mezzi ausiliari per il cranio e la testa, gli apparecchi acustici in caso d'ipoacusia, prevede un rimborso 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 6 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 annuo 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 elettronici 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. 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. 2.3. La Circolare sulla consegna di mezzi ausiliari nell'assicurazione invalidità (CMAI), edita dall'UFAS, valida dal 1° gennaio 2013, stato 1° gennaio 2019, prevede al capitolo "5.07 OMAI Apparecchi acustici in caso d'ipoacusia" che l'UFAS allestisce un elenco degli apparecchi acustici che rispondono ai requisiti dell'assicurazione e per i quali è ammesso il versamento di un forfait. Giusta il N. 2037 CMAI, 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. Le direttive vigenti per i medici specialisti ORL sono pubblicate sul sito www.orl-hno.ch. Secondo il N. 2038 CMAI, 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 binaurale porti a un miglioramento considerevole della situazione uditiva. Per le protesizzazioni con apparecchi CROS è rimborsato l'importo forfettario per gli apparecchi binauricolari. Per il N. 2039 CMAI, se l'assicurato non ha diritto al rimborso forfettario, in quanto il disturbo dell'udito accertato dal medico specialista ORL non raggiunge la soglia definita nelle direttive per i medici specialisti ORL, bisogna emanare una decisione in tal senso. Se invece il risultato della perizia è positivo, bisogna emanare una garanzia di copertura delle spese. L'AI versa un nuovo importo forfettario prima della scadenza dei sei anni solo se il peggioramento dell'acutezza uditiva raggiunge la percentuale definita al punto 4.2 delle direttive per i medici specialisti ORL. La perizia ORL necessaria per questa constatazione può essere finanziata dall'AI. In caso di perdita di un apparecchio acustico prima del termine di sei anni, l'AI non finanzia alcuna prestazione (N. 2046 CMAI). Le " Directives à l'intention des médecins-experts ORL pour l'examen de la prise en charge d'appareils auditifs par les assurances sociales (AI et AVS) Valables depuis le 1.7.2011, révisées le 1.7.2018, élaborées par la Commission d'audiologie et d'expertises de la Société suisse d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale (SSORL) sur mandat de l'OFAS ", edite in francese e in tedesco all'indirizzo https://www.orl-hno.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/Domaine_des_membres/Commissions/Commission_d_audiologie_et_d_expertises/Informations/Informations/ORL-Richtlinien_2018_f_korrigiert_TARMED.pdf, prevedono nel caso di perizia per adulti (capitolo 4) che: " 4.1.1. Remboursements par l'AI et l'AVS L'AI peut contribuer par un montant forfaitaire à la remise d'appareils auditifs lorsque la perte auditive binaurale totale est d'au moins 20%. L'AVS peut contribuer par un montant forfaitaire à la remise d'appareils auditifs lorsque la perte auditive binaurale totale est d'au moins 35%. La perte auditive binaurale totale est

calculée à partir des audiogrammes tonal et vocal. (...) 4.2. Renouvellement anticipé Un renouvellement anticipé de l'appareillage peut être demandé à l'assurance sociale lorsque la perte auditive totale a augmenté de plus de 15 points. Les personnes gravement handicapées de l'ouïe (au moins 60% de perte auditive totale selon la dernière expertise) peuvent demander un renouvellement anticipé de leur appareillage lorsque la perte auditive totale a augmenté de plus de 10 points. Dans le rapport d'expertise, on expliquera brièvement en quoi le système auditif utilisé n'est plus adapté à la nouvelle capacité auditive. 4.3. Renouvellement normal après six ans (AI) ou cinq ans (AVS) Pour les patients ayant déjà fait l'objet d'une évaluation dans le nouveau système forfaitaire, une nouvelle expertise par un médecin-expert ORL reconnu est requise. 4.4. Expertise pour les cas de rigueur Le droit à la prise en charge dans les cas de rigueur est évalué au moyen d'une expertise audiologique effectuée dans une clinique comportant un département d'audiologie. Ce type d'expertise n'est pas concerné par les présentes directives." 2.4. La cifra 5.07.2* 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. La Circolare sulla consegna di mezzi ausiliari nell'assicurazione invalidità (CMAI) prevede infatti: " 5.07.2* OMAI Regolamentazione dei casi di rigore L'UFAS definisce in quali casi possono essere versati forfait superiori all'importo previsto al n. 5.07 OMAI per la protesizzazione con apparecchi monoauricolari e binauricolari. 2052* 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. 2053* 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: (...). 2054* Prima di poter fissare un appuntamento per un esame con l'assicurato, le cliniche otorinolaringoiatriche summenzionate devono inoltrare all'ufficio AI i seguenti documenti: – richiesta con una motivazione dettagliata dei problemi concernenti l'adattamento dell'apparecchio acustico; – rapporto del fornitore dell'apparecchio acustico con una descrizione dettagliata dei problemi rilevati (nessun rapporto standardizzato); – diario compilato dall'assicurato (modulo disponibile sul sito www.ahv-iv.ch). 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. Se sulla base di questi documenti si possono prevedere con ogni probabilità problemi considerevoli per la protesizzazione con apparecchi acustici, l'ufficio AI deve affidare un mandato di accertamento alla clinica otorinolaringoiatrica più vicina, la quale prende contatto con l'assicurato per fissare l'appuntamento. Fatto ciò, l'ufficio AI invia alla clinica una copia di tutti i documenti pertinenti (motivazione dell'assicurato, prima perizia con audiogrammi, diario, rapporto del fornitore e, se del caso, altri documenti di rilievo). 2055* Una volta concluso l'esame, la clinica formula una

raccomandazione all'attenzione dell'ufficio AI. La clinica può fatturare le spese all'ufficio AI secondo TARMED. 2056* Per un'assunzione dei costi è necessario che la clinica otorinolaringoiatrica incaricata dell'esame sia favorevole all'applicazione della regolamentazione per i casi di rigore (sentenza del TF 9C_114/2018 del 19 luglio 2018). Infine l'ufficio AI decide se assumere o meno i costi supplementari o se respingere la richiesta dell'assicurato. 2057* 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'ufficio 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. (...). Cfr. pure "Importi forfettari dell'AI per apparecchi acustici - Informativa per persone affette da disturbi dell'udito", stato maggio 2018 (<https://www.bsv.admin.ch/bsv/it/home/assicurazioni-sociali/iv/grundlagen-gesetze/1-e-prestazioni-dellassicurazione-invalidita/rimborso-forfettario-per-gli-apparecchi-acustici.html>), dove in merito alle disposizioni speciali per i casi di rigore figura che “ nei rari casi in cui l'apparecchio acustico deve rispondere a esigenze molto specifiche, l'AI prevede una regolamentazione per i casi di rigore. La concessione della copertura dei costi supplementari è subordinata a criteri severi. Per maggiori informazioni sulle altre condizioni e la documentazione richiesta siete pregati di rivolgervi all'ufficio AI ” (pag. 3).

2.5. Con STF 9C_114/2018 del 19 luglio 2018, nella composizione a 5 giudici, pubblicata in SVR 2019 Nr. 5 pag. 15, il Tribunale federale, circa l'applicazione dell'art. 21 LAI, dell'art. 2 OMAI e della cifra 5.07 allegato all'OMAI, ha stabilito che presupposto per l'assunzione dei costi in presenza di un preteso caso di rigore è che la clinica ORL esaminatrice sostenga l'esistenza di un caso di rigore (cfr. consid. 4.1), ciò che serve per un'applicazione conforme della legge (consid. 4.2.1). Determinante per il diritto alla consegna di un apparecchio acustico secondo la regolamentazione del caso di rigore è dunque la valutazione della clinica ORL esaminatrice (consid. 4.3). L'Alta Corte ha stabilito che i marginali 2053*, 2055* e 2056* servono a garantire un'applicazione conforme della legge e ha ritenuto che la clausola del caso di rigore è conforme alla legge (cfr. consid. 4.1). Nella STF 9C_316/2019 del 7 ottobre 2019 il Tribunale federale si è pronunciato sul caso di un'assicurata, nata nel 1963, che nel 2015 ha ottenuto il forfait di Fr. 1'650.- per due apparecchi acustici e che nel febbraio 2018 ha chiesto un aiuto per i costi di manutenzione. L'Ufficio AI gli ha risposto che un contributo anticipato può essere versato solo se la perdita totale dell'udito è aumentata di oltre 15 punti percentuali, ciò non era il caso. I criteri per i casi di rigore sarebbero stati soddisfatti; tuttavia, il regolamento sui casi di rigore si applica solo se sono soddisfatti i criteri per l'importo forfettario per gli apparecchi acustici. Il Tribunale cantonale ha stabilito che non era contestato che la percentuale di perdita dell'udito definita nelle Direttive per periti ORL per un pagamento anticipato della somma forfettaria non era soddisfatta prima che erano trascorsi sei anni. Tuttavia, a suo dire ciò che è decisivo è come il danno alla salute influisce sulla specifica situazione professionale. Una fornitura anticipata di apparecchi acustici potrebbe quindi essere indicata anche se non fossero cambiate le capacità uditive, ma i requisiti nel settore di attività. Il medico specialista ha confermato che i precedenti apparecchi acustici nell'attuale luogo di lavoro dell'assicurata con telefonate erano inadeguati, ciò che rendeva impossibile esercitare la sua professione o almeno la rendevano molto più difficile. D'avviso del perito si trattava di un caso di rigore, ma poiché fino a quel momento la domanda non era stata esaminata da una clinica ORL specializzata, per i giudici cantonali gli atti andavano rinviati all'amministrazione per esaminare se erano dati i presupposti di un caso di rigore (cfr.

consid. 3.1). Con STF 9C_114/2018 del 19 luglio 2018 il Tribunale federale, in merito ai criteri del caso di rigore, ha spiegato che il regolamento che l'UFAS ha adottato ai N. 2053 *, 2055 * e 2056 * serve per un'applicazione conforme alla legge e ha ritenuto conforme al diritto il regolamento sui casi di rigore. Allo stesso modo, le direttive amministrative applicabili in specie (N. 2048 CMAI; punto 4.2 delle Direttive dell'UFAS per i medici periti ORL per l'esame della presa a carico di apparecchi acustici da parte dell'assicurazione sociale AI e AVS) relative al pagamento anticipato dell'importo forfettario prima di sei anni hanno quale scopo la parità di trattamento degli assicurati. Anche per quanto riguarda il pagamento anticipato dell'importo forfettario devono essere presi in considerazione i criteri audiologici, vale a dire un aumento della perdita complessiva dell'udito di almeno 15 punti percentuali stabilita dalla clinica ORL esaminatrice. Si tratta qui di un criterio oggettivo, misurabile audiologicamente, che può essere ammesso. In quale misura le direttive amministrative basate sul grado di perdita dell'udito della persona assicurata dovrebbero violare il diritto federale, in particolare il diritto ai mezzi ausiliari dell'assicurazione invalidità, l'autorità di prima istanza non l'ha spiegato. Non è neppure ravvisabile un'illegalità (cfr. consid. 4.1). Pertanto, poiché secondo le conclusioni dell'autorità di prima istanza l'aumento della perdita dell'udito globale dell'assicurata è inferiore a 15 punti percentuali, non viene considerato un pagamento anticipato dell'importo forfettario. Le spiegazioni rese dall'assicurata nella presa di posizione non cambiano nulla. In particolare, gli argomenti relativi alla situazione sul suo posto di lavoro sono irrilevanti perché, in virtù del principio di parità di trattamento, determinanti sono i parametri audiologici, la cui applicazione, contrariamente alle affermazioni dell'assicurata, non può essere qualificata come arbitraria (cfr. consid. 4.3). Il Tribunale federale ha quindi accolto il ricorso, annullato la sentenza cantonale e confermato la decisione dell'Ufficio AI. L'Alta Corte il 15 ottobre 2019 (STF 9C_506/2019) ha respinto il ricorso di un assicurato contro una decisione del Tribunale delle assicurazioni del Canton Zurigo che aveva confermato il rifiuto da parte dell'Ufficio AI di assumersi i maggiori costi di un apparecchio auditivo oltre al forfait di Fr. 1'650. Sottoposto il caso ad una clinica specializzata, l'Ufficio AI ha rifiutato il rimborso, poiché i presupposti per una presa a carico secondo un caso di rigore non erano dati. 2.6. Occorre da ultimo rilevare che la lettera circolare AI n. 304 del 23 dicembre 2011 (mezzi ausiliari – apparecchi acustici) e la lettera circolare AI n. 342 del 14 dicembre 2015 (mezzi ausiliari; OMAI 5.07, 15.02, 15.05), citate nella STF 9C_114/2018 del 19 luglio 2018, consid. 2, pubblicata in SVR 2019 Nr. 5 pag. 15 e nella STF 9C_506/2019 del 15 ottobre 2019, consid. 2, definiscono le condizioni di rimborso forfettario dell'AI per la protesizzazione con apparecchi acustici e la regolamentazione dei casi di rigore. In particolare, la lettera circolare AI n. 342 si riferisce anche alle protesizzazioni con apparecchi acustici CROS per gli adulti: " La necessità di una protesizzazione con apparecchi acustici CROS (soglia uditiva asimmetrica) può costituire un criterio per i casi di rigore. Attualmente, se non sono adempiute le condizioni per l'applicazione della regolamentazione dei casi di rigore, in caso di protesizzazione con apparecchi acustici CROS per gli adulti l'AI rimborsa solo l'importo forfettario previsto per gli apparecchi monoauricolari, quando per i minorenni, viene già rimborsato l'importo massimo fissato per gli apparecchi binauricolari. In considerazione dell'odierna tecnologia radio (per la protesizzazione CROS vengono indossati due apparecchi acustici integrali, di cui uno senza funzione altoparlante), appare opportuno finanziare allo stesso modo tutti i casi di protesizzazione con apparecchi acustici CROS. Questa disposizione entra in vigore da subito e per tutte le richieste che non sono ancora state valutate in via definitiva. Della

modifica beneficeranno in particolare le persone senza attività lucrativa che non adempiono le condizioni per l'applicazione della regolamentazione dei casi di rigore. Per le persone con un'attività lucrativa che soddisfano i criteri per i casi di rigore possono tuttora essere rimborsate le spese supplementari dovute all'invalidità (secondo il principio della semplicità, dell'adeguatezza e dell'economia). Il N. 2039 della CMAI è modificato di conseguenza con effetto dal 1° gennaio 2016." 2.7. Nel caso in esame, nella perizia medica iniziale effettuata il 14 agosto 2019 (doc. 38) il dr. med. _____, specialista FMH in otorinolaringoiatria, specialista in chirurgia cervico-facciale, ha stabilito alla domanda n. 2 che la perdita uditiva audiogramma tonale era dell'89,8% a destra e del 100% a sinistra; la perdita uditiva audiogramma vocale era del 100% a destra e del 100% a sinistra. La perdita uditiva complessiva era del 97,45% (domanda n. 2.1). L'assicurato necessitava perciò di una fornitura bilaterale Cros o Bi-Cros (domanda n. 3). Alla domanda n. 6 sulla " Nuova fornitura prima del termine di scadenza " l'esperto ha indicato che " l'incremento della perdita uditiva globale in punti percentuali " era, a sinistra, dell'8,15%. Alla successiva domanda riferita " Solo per persone con almeno 60% di perdita uditiva complessiva rispetto all'ultima perizia medica ", lo specialista ha quindi risposto negativamente a " L'aumento della perdita uditiva complessiva ammonta >10 punti percentuali ". Accanto al " No " egli ha posto un asterisco e al punto 7 seguente riguardante l'anamnesi sommaria e l'esame dell'orecchio ha precisato " Brusco peggioramento orecchio sinistro ora cofotico! ". Il dr. med. _____ ha confermato anche nel suo scritto del 26 novembre 2019 (doc. A4) che il peggioramento uditivo del ricorrente è stato dell'8,15%. Pertanto, a suo dire si doveva considerare il nuovo concetto protesico degli apparecchi acustici con sistema Cros. Nell'attestato medico del 28 gennaio 2020 (doc. V/1) il perito ha evidenziato che la situazione è peggiorata per entrambe le orecchie dell'assicurato rispetto alla perizia del 2016 e che il sistema Bi-Cros, che permette di recuperare la sensazione di stereofonia trattandosi di due apparecchi acustici comunicanti fra di loro, è " anche una delle soluzioni previste dai casi di rigore . ". 2.8. Nell'evenienza concreta non è tuttavia necessario verificare se la situazione del ricorrente rientri fra i casi di rigore disciplinati dalla cifra 5.07.2* dell'allegato all'OMAI secondo le condizioni definite dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali ai NN. 2052 segg. CMAI. Ricordato che per le protesizzazioni con apparecchi CROS è rimborsato l'importo forfettario per gli apparecchi binauricolari (N. 2039 CMAI e lettera circolare N. 342 del 14 dicembre 2015) e che il Tribunale federale ha chiaramente recentemente stabilito che se l'aumento complessivo della perdita dell'udito è inferiore al 15% previsto dalle Direttive dei periti ORL - nel caso concreto, secondo il punto 4.2 la perdita uditiva totale deve essere aumentata di più di 10 punti percentuali trattandosi di una persona la cui perdita dell'udito totale è di almeno il 60% -, viene di conseguenza a mancare già d'acchito un presupposto oggettivo per riconoscere il rimborso dei costi dell'apparecchio acustico prima dello scadere dei 6 anni previsti dalle direttive. Le citate direttive sul pagamento anticipato dell'importo forfettario hanno infatti quale scopo l'uguaglianza di trattamento degli assicurati e il criterio numerico della perdita globale dell'udito che deve essere attestata da una clinica specializzata ORL è un criterio audiologico misurabile e quindi oggettivo. Ritenuto che nell'evenienza concreta il perito ha certificato un aumento della perdita uditiva complessiva dell'8,15%, trattandosi di una percentuale inferiore a quella del 10% stabilita dalle Direttive per i periti ORL elaborate dalla Commissione di audiologia e delle perizie della SSORL su mandato dell'UFAS, è pertanto escluso il pagamento anticipato dell'importo forfettario (STF 9C_316/2019 del 7 ottobre 2019 consid. 4.3). La decisione della Cassa cantonale di

compensazione deve di conseguenza essere confermata e il ricorso respinto. Per questi motivi dichiara e pronuncia 1. Il ricorso è respinto . 2. Non si percepisce taxa di giustizia, mentre le spese sono poste a carico dello Stato. 3. Comunicazione agli interessati i quali possono impugnare il presente giudizio con ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna , entro 30 giorni dalla comunicazione. L'atto di ricorso, in 3 esemplari, deve indicare quale decisione è chiesta invece di quella impugnata, contenere una breve motivazione, e recare la firma del ricorrente o del suo rappresentante. Al ricorso dovrà essere allegata la decisione impugnata e la busta in cui il ricorrente l'ha ricevuta. Per il Tribunale cantonale delle assicurazioni Il presidente
Cattaneo

Il segretario di Camera Daniele
Gianluca Menghetti

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