



---

Corte III  
C-6650/2014

## **Sentenza dell'11 ottobre 2017**

---

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),  
Viktoria Helfenstein e Caroline Bissegger,  
cancelliera Anna Röthlisberger.

---

Parti

A. \_\_\_\_\_,  
rappresentato dall'avv. Valentina Sabia,  
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli  
assicurati residenti all'estero (UAIE),**  
Avenue Edmond-Vaucher 18, casella postale 3100,  
1211 Ginevra 2,  
autorità inferiore.

---

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità (riconsiderazione; decisione del  
3 ottobre 2014).

**Fatti:****A.**

Con due decisioni distinte del 16 settembre 2009, fondate su una domanda di rendita del 30 settembre 2008 (cfr. doc. 3 pag. 7), l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha riconosciuto a A. \_\_\_\_\_ – cittadino italiano, nato (...), segnatamente affetto da “esiti di asportazione di carcinomi squamosi multipli del cavo orale (dorso linguale) e lesioni leucoplastiche recidivanti della lingua” (cfr. doc. 21, 24 e 66) – il diritto di percepire un quarto di rendita dell'assicurazione per l'invalidità (AI) dal 1° novembre 2008 al 31 gennaio 2009 (prima decisione del 16 settembre 2009 [doc. 28]) e una mezza rendita AI a decorrere dal 1° febbraio 2009 (seconda decisione del 16 settembre 2009 [doc. 29]).

**B.**

Il 20 ottobre 2011, l'assicurato ha chiesto la revisione della rendita facendo valere un peggioramento dello stato di salute (cfr. doc. 30 e 31). Il 17 novembre 2011, l'UAIE non è entrato nel merito della domanda di revisione in quanto dalla documentazione trasmessa non è stato reso plausibile un cambiamento rilevante del grado d'invalidità (doc. 34; cfr. anche doc. 33 [presa di posizione del servizio medico del 15 novembre 2011]). La decisione è cresciuta incontestata in giudicato.

**C.**

**C.a** Una revisione della rendita è stata promossa d'ufficio nel gennaio del 2012 (doc. 36 e 37). L'amministrazione ha raccolto diversa documentazione medica di cui si dirà, se del caso, in seguito.

**C.b** Dai questionari per la revisione della rendita del 15 febbraio 2012 e del 4 marzo 2013, è emerso che l'interessato ha lavorato, da maggio 2005, presso il medesimo datore di lavoro in qualità di operaio metalmeccanico, con mansioni leggere e senza una diminuzione del guadagno da febbraio 2009 (cfr. doc. 17). Almeno da febbraio del 2012, l'attività lavorativa è stata esercitata in maniera discontinua (doc. 38 e 62).

**C.c** Con progetto di decisione del 28 marzo 2013, l'UAIE ha prospettato – in applicazione dell'art. 53 cpv. 2 LPGA (RS 830.1) sulla riconsiderazione – la soppressione della mezza rendita versata all'interessato a decorrere da febbraio 2009 in virtù della “seconda” (v. sub lett. A. dei fatti del presente giudizio) decisione resa il 16 settembre 2009. L'autorità inferiore ha rilevato che dal questionario del datore di lavoro risulta che l'assicurato ha esercitato un lavoro più leggero dall'11 febbraio 2009 nella stessa ditta con un

tempo di lavoro normale e senza diminuzione di guadagno. Osserva altresì che l'assicurato è attualmente in cassa integrazione, fattore estraneo all'invalidità (doc. 66).

**C.d** Il 7 maggio 2013, l'interessato ha contestato la soppressione della rendita. L'assicurato ha fatto valere che la sua capacità di guadagno risulta notevolmente diminuita (doc. 69).

**D.**

Con decisione del 3 ottobre 2014, l'UAIE ha riconsiderato e dunque soppresso, con effetto al 1° dicembre 2014, la mezza rendita che era stata accordata al ricorrente a decorrere dal 1° febbraio 2009, sostanzialmente per i motivi già indicati nel progetto di decisione. L'autorità di prime cure ha altresì aggiunto che la mezza rendita attribuita a decorrere dal 1° febbraio 2009 corrispondeva alla valutazione medica dell'incapacità lavorativa e che dal punto di vista medico lo stato di salute dell'interessato è rimasto invariato. Dal punto di vista economico, dal questionario del datore di lavoro del 20 maggio 2014 emergerebbe che l'assicurato è attualmente in cassa integrazione, che lavorerebbe una settimana al mese, che non avrebbe percepito uno stipendio sociale e che non apparirebbe alcuna assenza per ragioni di malattia di lunga durata (doc. 93; cfr. anche doc. 91 [presa di posizione del servizio medico dell'UAIE del 27 agosto 2014]).

**E.**

L'11 novembre 2014 (cfr. timbro postale), l'interessato ha presentato ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF), mediante il quale ha chiesto l'annullamento della decisione impugnata e il ripristino della mezza rendita. Ha fatto valere che la riduzione della capacità di guadagno, contrariamente a quanto indicato nella decisione impugnata, non deve imputarsi in maniera preponderante al regime di cassa integrazione, bensì ai problemi di salute. Peraltro, la ditta presso la quale presta saltuariamente attività lavorativa, considerate le affezioni di cui è affetto, preferisce convocare altri dipendenti più efficienti ed in grado di svolgere in maniera adeguata le mansioni di operaio. Allega di essere affetto da anni da plurime ed invasive patologie invalidanti, in particolare di spondiloartrosi, esiti di exeresi carcinoma spino cellulare del dorso della lingua e sindrome depressiva. Per tali patologie in Italia gli sarebbe stata riconosciuta un'invalidità dell'80% (doc. TAF 1).

**F.**

Con versamenti del 19 dicembre 2014 e del 13 gennaio 2015 (doc. TAF 5

e 7), l'insorgente ha corrisposto fr. 400.66 a copertura del richiesto anticipo (di fr. 400.-) sulle presumibili spese processuali.

**G.**

Con risposta del 25 febbraio 2015, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata (doc. TAF 10). Nella stessa, sono state riprese le medesime motivazioni di cui alla decisione impugnata del 3 ottobre 2014.

**H.**

Con replica del 21 marzo 2015 (cfr. timbro postale), il ricorrente ha indicato segnatamente che l'Istituto nazionale di previdenza sociale italiano (INPS) ha trasmesso all'UAIE tutta la documentazione comprovante la sua percentuale d'invalidità (doc. TAF 13). Alla medesima ha allegato diversa documentazione medica, in parte già agli atti.

**I.**

Con duplice del 4 maggio 2015, l'UAIE ha riconfermato la propria proposta di reiezione del ricorso (doc. TAF 15). La stessa è stata trasmessa per conoscenza al ricorrente con provvedimento dell'11 maggio 2015 (doc. TAF 16 [cfr. anche doc. TAF 17, avviso di ricevimento]).

**J.**

Con scritto del 13 settembre 2016 (cfr. timbro postale), il ricorrente ha chiesto informazioni circa l'esito del ricorso interposto nel novembre del 2014 (doc. TAF 18). Il 14 ottobre 2016, questo Tribunale ha segnalato, da un lato, che l'istruttoria di causa era da considerarsi di principio conclusa e, dall'altro lato, che si sarebbe adoperato al fine di pronunciare la sentenza nel più breve tempo possibile (doc. TAF 19).

**K.**

**K.a** Nel febbraio del 2017, il ricorrente ha nuovamente chiesto informazioni in merito al suo ricorso (doc. TAF 21). Il 18 maggio 2017, l'interessato ha poi presentato ulteriore documentazione medica al fine di corroborare la gravità del suo stato di salute (doc. TAF 22).

**K.b** Con scritto del 1° settembre 2017 (cfr. timbro postale), per il tramite dell'avv. V. Sabia, il ricorrente ha nuovamente ribadito che la componente predominante della diminuzione di guadagno è da ravvisare nel suo precario stato di salute e non alla disoccupazione/cassa integrazione. Ha inoltre chiesto nuovamente l'evasione del suo ricorso (doc. TAF 23).

**Diritto:****1.**

**1.1** Il Tribunale amministrativo federale (TAF) esamina d'ufficio e con piena cognizione la propria competenza (art. 31 e segg. LTAF), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli sono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 con rinvii).

**1.2** Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, 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, rese dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per le persone residenti all'estero (UAIE).

**1.3** In virtù dell'art. 3 lett. d<sup>bis</sup> PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la LPGGA (RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26<sup>bis</sup> e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGGA.

**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 LPGGA), il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile. Inoltre, con versamenti del 19 dicembre 2014 e del 13 gennaio 2015 (doc. TAF 5 e 7), il ricorrente ha tempestivamente corrisposto l'anticipo spese richiesto (art. 21 cpv. 3 e 63 cpv. 4 PA). Infine, va rilevato per sovrabbondanza che oggetto della presente vertenza è unicamente la riconsiderazione della seconda decisione resa dall'autorità inferiore il 16 settembre 2009, quella mediante la quale è stata accordata al ricorrente una mezza rendita AI a decorrere dal 1° febbraio 2009, l'autorità inferiore medesima avendo riconsiderato solo tale decisione e il giudice non potendo altresì obbligare l'autorità inferiore ad effettuare una riconsiderazione (cfr. sentenza del TF 9C\_99/2013 del 25 marzo 2013 consid. 2.1 con rinvii).

**2.**

**2.1** Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681).

**2.2** L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua

nuova versione esso prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2).

**2.3** Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

**2.4** Giova altresì rilevare che il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dal regolamento (CE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, ripreso dalla Svizzera a decorrere dal 1° gennaio 2015 (cfr. sentenza del TF 8C\_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 con rinvii).

**2.5** Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò premesso, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

### 3.

**3.1** Dal profilo temporale 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 136 V 24 consid. 4.3; 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii; 129 V 1 consid. 1.2). Se è intervenuto un cambiamento delle norme legislative nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto eventuale alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire dalla loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445). Ne discende che in concreto si applicano, da un lato, le disposizioni in vigore fino al 31 dicembre 2011, per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tale data, mentre dall'altro lato, e per il periodo successivo, le nuove norme materiali in vigore dal 1° gennaio 2012, tra le quali le disposizioni della 6a revisione della LAI (cfr. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore).

**3.2** Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 3 ottobre 2014. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2; 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenze del TF 8C\_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5; 9C\_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a *in fine*).

### 4.

**4.1** L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata, possono essere

prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA).

**4.2** L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto ad una rendita se la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili (lettera a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGGA) almeno al 40% (lettera c).

**4.3** Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno il 50%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'ALC, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1; 130 V 253 consid. 2.3 e sentenza del TF I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 con rinvii).

**4.4** La nozione d'invalidità di cui agli art. 4 LAI e 8 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (cfr. sentenze del TF 9C\_318/2014 del 10 settembre 2014 consid. 3.1 e 8C\_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 con rinvii). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido; metodo generale del raffronto dei redditi).

**4.5** Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (cfr. sentenze del TF 9C\_318/2014 del 10 settembre 2014 consid. 3.1 e 8C\_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 con rinvii).

## 5.

**5.1** Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione – ad esempio quale perizia o rapporto – ma il suo contenuto (DTF 140 V 356 consid. 3.1; 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3; 122 V 157 consid. 1c).

**5.2** Secondo costante giurisprudenza, i referti affidati dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo avere preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non vi siano indizi concreti atti a mettere in dubbio la loro affidabilità (DTF 137 V 210 consid. 6.2.4; 134 V 232 consid. 5.1 con rinvii; 125 V 351 [sul valore probatorio attribuito ai rapporti interni del servizio medico, cfr. DTF 135 V 254 consid. 3.3 e 3.4]). In particolare, per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (DTF 137 V 210 consid. 1.3.4; 125 V 351 consid. 3b/bb).

**5.3** Per quel che riguarda le perizie di parte, il TF ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse non abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione (DTF 125 V 351). Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza

l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b con rinvii).

**5.4** Va ancora rilevato che il riconoscimento di un danno alla salute psichica presuppone in particolare la diagnosi espressa da uno specialista psichiatrico, poggiata su criteri posti da un sistema di classificazione riconosciuto scientificamente, il quale deve pronunciarsi sulla gravità dell'affezione (DTF 130 V 396). Tenendo conto di diversi criteri, lo psichiatra deve valutare l'esigibilità della ripresa lavorativa da parte dell'assicurato.

**5.5** Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del TF 8C\_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 7.2 con rinvii).

## **6.**

Nel caso di specie, l'oggetto del contendere è la questione di sapere se mediante la decisione impugnata del 3 ottobre 2014 l'autorità inferiore ha soppresso a giusto titolo o meno, conformemente all'art. 53 cpv. 2 LPGa e a decorrere dal 1° dicembre 2014, la mezza rendita accordata al ricorrente dal 1° febbraio 2009 con la (seconda) decisione resa il 16 settembre 2009.

### **6.1**

**6.1.1** Giusta l'art. 53 cpv. 2 LPGa, l'assicuratore può tornare sulle decisioni o sulle decisioni su opposizione formalmente passate in giudicato se è provato che erano manifestamente errate e se la loro rettifica ha una notevole importanza. Perché vi sia una riconsiderazione, oltre all'importanza della rettifica, è necessario fondarsi sulla situazione giuridica esistente al momento della sua pronuncia, prendendo in considerazione anche la prassi allora in vigore (DTF 140 V 77 consid. 3.1 pag. 79 seg. con rinvii). Per motivi legati alla sicurezza giuridica e per evitare che la riconsiderazione diventi uno strumento che consenta di riesaminare liberamente i presupposti del diritto a prestazioni (di lunga durata), l'irregolarità deve essere manifesta. In particolare non vi è inesattezza manifesta se l'assegnazione della prestazione dipende dall'adempimento di condizioni materiali il cui esame presuppone un certo margine di apprezzamento riguardo a certi

aspetti o elementi, e se la decisione iniziale appare sostenibile alla luce della situazione di fatto e di diritto. In altre parole, la via della riconsiderazione è adempiuta soltanto se non si presenta alcun dubbio sull'erroneità della decisione iniziale e se tale assunto configura la sola soluzione possibile alla luce dei fatti e delle disposizioni legali applicabili (DTF 138 V 324 consid. 3.3 pag. 328 con rinvii). Occorre inoltre sottolineare che la modifica (nel senso di una soppressione o di una riduzione) in via di riconsiderazione di una rendita presuppone in ogni caso che, dall'assegnazione della prestazione, non siano intervenute modifiche della situazione giuridicamente rilevante che giustifichino il mantenimento della rendita alle condizioni precedentemente ammesse (art. 17 LPGGA; sentenze del TF 9C\_766/2016 del 3 aprile 2017 consid. 1.2 con rinvii; 9C\_173/2015 del 29 giugno 2016 consid. 2.2 con rinvii; 9C\_1061/2010 del 7 luglio 2011 consid. 6.2 con rinvii).

**6.1.2** Di regola, l'adattamento delle prestazioni assicurative sociali avviene con effetto retroattivo (*ex tunc*). L'assicurazione per l'invalidità conosce tuttavia una differente regolamentazione allorché la modifica della prestazione è dovuta a questioni specifiche al diritto dell'assicurazione per l'invalidità, quali sono segnatamente quelle disciplinanti la valutazione del grado d'invalidità. In tal caso, la modifica della prestazione assicurativa interviene con effetto *ex nunc et pro futuro* (art. 85 cpv. 2 OAI [RS 831.201]), salvo in caso di violazione dell'obbligo d'informare da parte dell'assicurato (art. 77, 85 cpv. 2 e 88<sup>bis</sup> cpv. 2 lett. b OAI). Per contro, se l'errore che dà luogo alla riconsiderazione concerne degli elementi che non sono specifici al diritto dell'AI, ma che si trovano per analogia anche nell'ambito dell'assicurazione vecchiaia e superstiti, allora la modifica ha anche qui effetto retroattivo (*ex tunc* [cfr. sentenza del TF 9C\_744/2012 del 15 gennaio 2013 consid. 4.1 con rinvii e sentenza del TAF C-4527/2012 del 25 novembre 2014 consid. 4.2 con rinvii]).

## 6.2

**6.2.1** Nella decisione impugnata, l'UAIE ha ritenuto adempiti i criteri per una riconsiderazione *ex nunc et pro futuro* della (seconda) decisione del 16 settembre 2009 mediante la quale ha accordato al ricorrente una mezza rendita AI a decorrere dal 1° febbraio 2009, dal momento che il ricorrente non avrebbe subito nel 2009 una diminuzione del guadagno. L'UAIE ha rilevato che dal questionario del datore di lavoro del 6 aprile 2009 risulta che l'insorgente esercitava un lavoro più leggero dall'11 febbraio 2009 nella

stessa ditta con un tempo di lavoro normale, di 40h settimanali, con il medesimo guadagno di quello che gli sarebbe stato corrisposto senza danno alla salute (cfr. doc. 17, 91 e 93).

**6.2.2** Questo Tribunale constata che, per quanto attiene alla situazione esistente al momento della sua emanazione, l'erroneità della (seconda) decisione resa dall'UAIE il 16 settembre 2009 è chiara e manifesta.

**6.2.3** In effetti, da quanto emerge dal questionario del datore di lavoro del 6 aprile 2009, senza che emergano motivi per dubitare del suo contenuto, l'interessato ha esercitato a decorrere dall'11 febbraio 2009 un'attività sostitutiva leggera nella misura del 100% senza subire una diminuzione del guadagno, segnatamente di Euro 19'250.- (Euro 1'480.77 x 13 mesi = 19'250.01 [doc. 17]). Conto tenuto che il grado d'invalidità è determinato, di principio, secondo il calcolo del raffronto dei redditi e che l'interessato non ha subito una perdita di guadagno, all'epoca della (seconda) decisione del 16 settembre 2009 non erano date le condizioni per l'erogazione di una rendita d'invalidità svizzera.

**6.2.4** Peraltro, questo Tribunale rileva che la (seconda) decisione del 16 settembre 2009 mediante la quale è stata accordata al ricorrente una mezza rendita AI dal 1° febbraio 2009 è manifestamente errata anche per un'altra ragione, ossia per accertamento chiaramente insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti (sentenza del TF 9C\_22/2014 del 26 marzo 2014 consid. 1 con rinvii). Certo, la Commissione medica di verifica dell'Istituto nazionale di previdenza sociale italiano (INPS), ha riconosciuto all'insorgente una riduzione permanente della capacità lavorativa del 50% a decorrere dal 30 aprile 2008 (doc. 21), conclusione condivisa dal medico dell'UAIE nella sua brevissima e generica presa di posizione del 21 giugno 2009 (doc. 24). Tuttavia, non è dato sapere né i motivi per cui la menzionata Commissione medica dell'INPS sia giunta alla generica valutazione di un'incapacità lavorativa del 50% in qualsivoglia attività né quelli per cui il medico dell'UAIE abbia condiviso tale conclusione. Detta valutazione è altresì contraria agli atti di causa dal momento che dagli stessi emerge che il ricorrente è stato assente dal lavoro nel 2007 per 44 giorni, nel 2008 per 23 giorni e nel 2009 per 38 giorni (doc. 88 pag. 3), ossia un numero di giorni insufficiente per potere ammettere un'incapacità lavorativa del 50% in qualsiasi attività, ed ha continuato a lavorare a tempo pieno in un'attività sostitutiva leggera – che il ricorrente stesso non ha mai preteso essere inesigibile in quel momento – dal 1° febbraio del 2009. Stante queste premesse, l'autorità inferiore non poteva manifestamente statuire il 16 settembre 2009 sulle sole risultanze processuali allora acquisite, sommarie e chiaramente

insufficienti, nemmeno volendo concederle un ampio margine di apprezzamento.

## **7.**

Prima di poter confermare la legittimità della decisione impugnata occorre tuttavia ancora esaminare se dal momento dell'assegnazione della mezza rendita AI, il 16 settembre 2009, alla data della decisione impugnata (il 3 ottobre 2014) siano intervenute modifiche della situazione giuridicamente rilevante che giustifichino il mantenimento della rendita (cfr. sulla questione il consid. 6.1 del presente giudizio).

**7.1** Per quanto attiene allo sviluppo della situazione medica ed economica a decorrere dal 16 settembre 2009, riguardo agli anni 2010 e 2011 appare sufficiente rilevare, da un lato, che il datore di lavoro del ricorrente ha indicato che il ricorrente negli anni in esame ha svolto la sua attività, leggera, al 100% ed ha indicato assenze dell'insorgente di 10 giorni nel 2010 e di 22 giorni nel 2011 (doc. 88 pag. 3), assenze che non appaiono poter giustificare un'incapacità lavorativa pari o superiore al 40%. Non risulta altresì da alcun'altra risultanza processuale che le indicazioni del datore di lavoro riguardanti gli anni 2010 e 2011 non siano corrette.

**7.2** Diversa è invece la situazione a partire dal 2012, ossia da quando è stato introdotto il regime di cassa integrazione, a favore dei lavoratori sospesi dall'obbligo di eseguire la prestazione lavorativa o che lavorino a orario ridotto, nell'azienda a cui è legato contrattualmente il ricorrente.

**7.2.1** Nella decisione impugnata del 3 ottobre 2014, l'autorità inferiore ha considerato che lo stato di salute del ricorrente è rimasto invariato dal 2009 (incapacità lavorativa del 50% in attività sostitutiva adeguata), che l'insorgente beneficia della cassa integrazione, fattore estraneo all'invalidità, e che l'eventuale perdita di guadagno è dunque dovuta alla disoccupazione/cassa integrazione e non ai problemi di salute (doc. 93). La succinta motivazione della decisione impugnata è generica, imprecisa e contraddittoria e non soddisfa i criteri di una motivazione sufficiente suscettibile di consentire al ricorrente di ricorrere con criteri adeguati ed all'autorità di ricorso di valutare con cognizione di causa la legittimità della decisione impugnata. Ora, non è per esempio dato sapere come si possa affermare, da un lato, che lo stato di salute dell'insorgente è rimasto invariato dal 16 settembre 2009 al 3 ottobre 2014, nel senso di una residua capacità lavorativa del 50%, e, dall'altro lato, che l'eventuale perdita di guadagno è dovuta alla disoccupazione/cassa integrazione. L'autorità inferiore non spiega in parti-

colare sulla base di quale disposizione legale del nostro ordinamento l'assicurazione Al svizzera potrebbe sottrarsi al pagamento di una rendita Al che sarebbe dovuta secondo la legislazione svizzera per un'incapacità lavorativa del 50% per il fatto che l'assicurato beneficia in Italia della cassa integrazione. Basti qui rilevare che nonostante che l'insorgente sia incluso nei lavoratori che beneficiano della cassa integrazione in Italia, persino in detto Paese percepisce un assegno d'invalidità (doc. 67 pag. 4). In sostanza, l'autorità inferiore – senza però fornire alcuna motivazione plausibile, e legalmente fondata, al riguardo – sembra trattare in modo identico la situazione di un assicurato che nonostante un'incapacità lavorativa attestata medicalmente del 50% continua nondimeno a lavorare, effettivamente e per decisione propria, al 100% senza subire una perdita di guadagno, con quella di un cassaintegrato, sempre con capacità lavorativa residua medicalmente attestata del 50%, che lavora però effettivamente solo una settimana al mese al massimo (2014) e che dall'insieme dei documenti di cui agli atti di causa sembra altresì subire, se si escludono gli introiti legati all'assegno d'invalidità, una perdita di guadagno rispetto a quanto percepito precedentemente dal datore di lavoro quando lavorava effettivamente al 100%. Ne consegue che la decisione impugnata incorre nell'annullamento già per un insufficiente motivazione della stessa, ma anche per un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti (cfr. considerando che segue).

**7.2.2** Per quanto concerne il periodo dal 2012 al 2014, ossia da quando è subentrato, almeno dal 15 febbraio 2012, il regime di cassa integrazione (cfr. doc. 38), l'autorità inferiore è pure incorsa in un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti.

**7.2.3** Questo Tribunale osserva che l'insorgente ha dichiarato di avere lavorato nel 2012 al 60% (doc. 38) con uno stipendio di Euro 15'979.- (cfr. doc. TAF 1) e di non avere lavorato nel 2013 (doc. 62), ma di avere percepito uno "stipendio" di Euro 14'340.- e una pensione d'invalidità di Euro 6'582.- (cfr. doc. 67 pagg. 3-5 e doc. TAF 1 e allegati). Per quanto concerne il 2014, il ricorrente ha indicato di avere lavorato al 25% (circa una settimana al mese), che lo stipendio sarebbe di Euro 14'560.- (Euro 7.- all'ora x 160 ore = Euro 1'120.- x 13 mesi = 14'560.-), ma di percepirne solamente Euro 11'700.- (Euro 900.- x 13 mesi = 11'700.- [doc. 85]). Nel questionario per il datore di lavoro del 20 maggio 2014 (doc. 88), è stato indicato uno stipendio di Euro 22'062.69 per un'attività lavorativa svolta in misura del 100% (doc. 88). A prescindere dal fatto che le informazioni inerenti la retribuzione dell'anno 2014 fornite dal datore di lavoro e dal ricorrente non collimano (cfr. doc. 85, 88 e allegati al doc. TAF 1), non è possibile, secondo

il grado della verosimiglianza preponderante valida nelle assicurazioni sociali, ritenere – come ha fatto l'autorità inferiore – che qualsiasi sia stata la perdita di guadagno subita dal ricorrente nel 2014 essa è dovuta alla disoccupazione (recte: regime di cassa integrazione) e non ai problemi di salute. Visto che non risulta dalle carte processuali, contrariamente alla generica indicazione fornita dal datore di lavoro nel questionario del 20 maggio 2014 (doc. 88), che il ricorrente abbia lavorato nel 2014 al 100% senza subire perdita di guadagno, andava infine determinata con precisione dal profilo medico l'incapacità lavorativa del ricorrente rispettivamente il grado d'invalidità che ne consegue secondo la legislazione svizzera. Tuttavia, ciò non è stato fatto dall'autorità inferiore.

**7.2.4** In effetti – conto tenuto in particolare del fatto che la Commissione medica dell'INPS il 28 luglio 2011 ha riconosciuto un'incapacità lavorativa permanente del 55%, che il ricorrente (per quanto emerge dalle carte processuali) appare avere lavorato in misura parziale almeno a partire dal 2012, e in misura del 25% al massimo dal 2014, e che infine dalla perizia medica particolareggiata E 213 del 16 aprile 2012 (doc. 47) emerge, da un lato, che l'insorgente è in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri, ma con numerose controindicazioni (cfr. pag. 9 della perizia) e, dall'altro lato, che il ricorrente non è più in grado di svolgere a tempo pieno né il suo ultimo lavoro né un lavoro sostitutivo adeguato ed è considerato invalido al 75% in qualsiasi attività conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza, ossia l'Italia – non era né è possibile determinarsi sull'esistenza delle condizioni per procedere ad una riconsiderazione della “seconda” decisione del 16 settembre 2009 ed una soppressione della mezza rendita allora accordata senza procedere ad un sufficiente esame dello stato di salute dell'assicurato e della incidenza dello stesso sulla residua capacità lavorativa per poi poter determinare il grado d'invalidità dell'interessato al momento dell'emanazione della decisione litigiosa.

**7.3** Per quanto attiene all'incapacità lavorativa, l'UAIE ha ritenuto che la stessa è del 50% e che è rimasta invariata dal 2009. Questo Tribunale rileva che l'interessato è affetto da spondiloartrosi e osteofitosi lombare, carcinoma alla lingua, sindrome di dipendenza in regime di mantenimento con metadone e sindrome depressiva (cfr. doc. 42, 47 e 82). La situazione medica del ricorrente interessa più discipline della medicina rispetto al 2009, segnatamente l'ortopedia, l'oncologia, nonché la psichiatria. Per i motivi di cui si dirà di seguito, nel caso concreto l'autorità inferiore ha eseguito un'istruttoria di causa carente.

**7.3.1** In merito alla spondiloartrosi e alla osteofitosi lombare, agli atti figurano una RM lombosacrale del 14 gennaio 2010 e una RX della colonna toracica del 16 gennaio 2012 (cfr. allegati al doc. TAF 13). Questi referti, oltre a non esprimersi sulla capacità lavorativa dell'interessato, non sono sufficientemente recenti per determinare l'evoluzione di tali patologie fino ad ottobre 2014 (momento dell'emanazione della decisione impugnata) e per potere escludere a priori una modifica dello stato di salute del ricorrente fino alla data della decisione impugnata.

**7.3.2** Quanto al carcinoma alla lingua, con presa di posizione del servizio medico dell'UAIE del 7 ottobre 2013 (doc. 76), è stato indicato che il carcinoma alla lingua aveva causato, all'epoca della decisione del 16 settembre 2009, un'incapacità lavorativa del 50% e che questa incapacità lavorativa era da considerarsi definitiva. Inoltre, nella medesima presa di posizione è stata ritenuta una situazione stabile, salvo una recidiva avvenuta nel 2010. Questo Tribunale rileva che agli atti di cui all'incarto dell'autorità inferiore non figurano ulteriori esami e/o valutazioni specialistici in merito al carcinoma e pertanto non è dato di sapere il motivo per cui, a fronte di una recidiva del carcinoma nel 2010, si sarebbe potuto semplicemente prescindere dall'effettuazione dei necessari ed ulteriori accertamenti medici prima di emanare la decisione impugnata, fermo restando che l'argomento secondo cui ciò non sarebbe comunque necessario in seguito al fatto che il ricorrente beneficia del regime di cassa integrazione è incomprensibile.

**7.3.3** Per quanto concerne la sindrome di dipendenza in regime di mantenimento con metadone e la sindrome depressiva, nella perizia del 20 febbraio 2014 (sulla base delle visita del 30 gennaio 2014; doc. 82) del dott. B. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia FMH, sono state poste quali diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa una "sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale lieve/medio (ICD 10 F 33.1)" e una "sindrome di dipendenza (ICD 10 F 1 X.22), attualmente in regime di mantenimento con supervisione clinica sostitutiva (75 mg di metadone al giorno)" e, quale diagnosi senza influsso sull'attività lavorativa un "probabile disturbo di personalità di tipo borderline" (doc. 82 pag. 6). L'esperto ha ritenuto un'incapacità lavorativa tra il 30% e il 50% (doc. 82 pagg. 7 e 9). Questo Tribunale ritiene che alla menzionata perizia psichiatrica non può essere riconosciuto pieno valore probatorio – come peraltro già avevano segnalato i medici del Servizio medico dell'UAIE nella presa di posizione del 27 agosto 2014 (cfr. doc. 91) – perché contraddittoria ed incompleta. Il perito indica infatti che la problematica tossicologica è sotto controllo, tuttavia questa affermazione non trova riscontro negli atti di causa, in quanto il medico curante ha riferito che l'insorgente continua ad assumere stupefacenti,

che ha un comportamento ambivalente in merito alla patologia e alla sua terapia, che i colloqui psicologici, psicosociali e psicoeducativi sono stati più volte sospesi e che il trattamento metadonico pari a 60 mg al giorno nell'aprile 2012 è aumentato a 75 mg al giorno almeno dall'ottobre 2013 (doc. 45 e doc. allegato al doc. TAF 13). Inoltre, la valutazione dell'esperto non è convincente in quanto attesta un'incapacità lavorativa dapprima del 30-40% e poi del 50% (pag. 7 e 9 della perizia) senza che sia dato di capirne il motivo. Inoltre, è utile rammentare che secondo giurisprudenza, le varie forme di dipendenza, segnatamente la tossicodipendenza, la farmacodipendenza e l'alcolismo, non sono di per sé invalidanti ai sensi dell'assicurazione per l'invalidità. Possono comunque assumere rilievo dal punto di vista dell'assicurazione per l'invalidità se hanno causato una malattia o un infortunio con effetti limitanti la capacità lavorativa oppure se sono la conseguenza di un pregiudizio fisico o mentale con valenza di malattia (DTF 124 V 265 consid. 3c con rinvii; cfr. pure sentenze del TF 9C\_706/2012 del 1° luglio 2013 consid. 3.2; I 556/06 del 13 settembre 2007 consid. 3.1; I 560/05 del 31 gennaio 2007 consid. 4), ipotesi che non sono state né affrontate né escluse nella perizia psichiatrica.

**7.4** Ne discende che – in assenza di sufficienti accertamenti segnatamente in ambito ortopedico, oncologico e psichiatrico – l'istruttoria eseguita dall'autorità inferiore si rileva carente. Non risulta altresì possibile, in tali condizioni, determinarsi, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, sullo stato di salute dell'insorgente, la relativa incapacità lavorativa ed il grado d'invalidità che ne consegue.

## **8.**

In conclusione, il ricorso deve essere parzialmente accolto e l'impugnata decisione del 3 ottobre 2014, insufficientemente motivata e fondata su un accertamento carente dei fatti giuridicamente rilevanti, deve essere annullata.

## **9.**

**9.1** Quando il TAF annulla una decisione, esso può sostituirsi all'autorità inferiore e giudicare direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per un nuovo giudizio (cfr. sentenza del TAF C-1446/2013 del 16 ottobre 2014 consid. 8.1). In particolare, esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi e comunque sufficienti a statuire sull'applicazione del diritto federale (cfr. sentenza del TF 9C\_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii; DTF 126 II 43; 125 II

326). Tale non è il caso nella presente fattispecie per i motivi precedentemente indicati. Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché la stessa proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti con riferimento allo stato di salute del ricorrente, segnatamente con una perizia pluridisciplinare in ortopedia, oncologia e psichiatria (cfr., sulla possibilità di un rinvio all'autorità inferiore in siffatte circostanze [accertamento manifestamente insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti da parte dell'autorità inferiore] DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), e con ogni ulteriore esame che l'evoluzione nel tempo dello stato di salute del ricorrente dovesse rendere necessario, nonché a pronunciare una nuova decisione.

**9.2** Ne consegue che alla richiesta del ricorrente tendente al ripristino del versamento della mezza rendita AI non può essere dato seguito, ritenuto che allo stato attuale delle cose non è possibile confermare il diritto ad una mezza rendita AI a favore dell'insorgente. Inoltre, giova altresì per sovrabbondanza rammentare che, secondo costante giurisprudenza, se l'effetto sospensivo è ritirato, come nel caso di specie, ad un ricorso contro una decisione di revisione/riconsiderazione che sopprime una rendita, questo ritiro dura, nel caso di rinvio degli atti all'amministrazione per complemento dell'istruttoria, di principio anche durante tutta questa procedura d'istruzione e fino alla notifica di una nuova decisione (cfr. sentenza del TF 8C\_451/2010 dell'11 novembre 2010 consid. 2; in particolare DTF 129 V 370 e 106 V 18).

**9.3** Occorre peraltro rilevare che nell'ambito dell'accertamento ancora da esperire dall'autorità inferiore, a seguito del rinvio degli atti di causa, non sussiste l'eventualità di una nuova decisione dell'UAIE a detrimento dell'insorgente (cfr., sulla questione, DTF 137 V 314 consid. 3.2.4) dal momento che nella decisione impugnata del 3 ottobre 2014 l'autorità inferiore ha sospeso a decorrere dal 1° dicembre 2014 la mezza rendita erogata all'interessato da febbraio 2009.

## **10.**

**10.1** Conto tenuto dell'insieme delle circostanze e visto l'esito della causa, non sono prelevate delle spese processuali (art. 63 PA e art. 6 lett. b 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]). L'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di fr. 400.66, versato il 19 dicembre 2014 e il 13 gennaio 2015, sarà restituito al ricorrente allorché la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

**10.2** Ritenuto che l'insorgente è rappresentato in questa sede da mandatario professionale, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 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]). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 500.- (compresi i disborsi ed esclusa l'imposta sull'IVA [cfr., fra le tante, sentenza del TAF C-995/2014 del 9 marzo 2017 consid. 10.2 con rinvii]), tenuto conto del lavoro effettivo, limitato, svolto dalla rappresentante del ricorrente, la quale è intervenuta nella presente causa redigendo l'ultimo scritto inviato dal ricorrente il 1° settembre 2017 (scritto che ha richiesto tutt'al più, ma nondimeno, l'apertura di un incarto, un colloquio con il ricorrente, lo studio degli atti di causa e la redazione del menzionato scritto di due pagine inviato il 1° settembre 2017). L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE.

(dispositivo alla pagina seguente)

**Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:**

**1.**

Il ricorso è parzialmente accolto nel senso che la decisione impugnata del 3 ottobre 2014 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria ed alla pronuncia di una nuova decisione ai sensi dei considerandi. Per il resto (ripristino della mezza rendita AI), il ricorso è respinto.

**2.**

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 400.66, versato il 19 dicembre 2014 e il 13 gennaio 2015, sarà restituito al ricorrente allorché la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

**3.**

L'UAIE rifonderà al ricorrente fr. 500.- a titolo di spese ripetibili.

**4.**

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (Raccomandata con avviso di ricevimento; allegato: formulario "Indirizzo per il pagamento")
- autorità inferiore (n. di rif.; Raccomandata; allegate: copie del doc. TAF 22 e degli annessi documenti)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (Raccomandata)

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Anna Röthlisberger

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

**Rimedi giuridici:**

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notifica, nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 LTF. Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: