



Corte III
C-3452/2012

Sentenza del 26 agosto 2013

Composizione

Giudici Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio),
Stefan Mesmer, Daniel Stufetti,
cancelliere Dario Quirici.

Parti

A. _____,
rappresentato dall'avv. Luigi Potenza,
via della Repubblica 23,
IT-73054 Presicce,
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 invalidità (decisione del 23 maggio 2012).

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano nato il ..., coniugato, ha lavorato in Svizzera dal 1967 al 1975 e nel 1980, versando i relativi contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 124). Il 20 gennaio 2006, per il tramite dell'Istituto nazionale italiano della previdenza sociale (INPS), l'assicurato aveva formulato all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) una domanda di rendita d'invalidità svizzera (doc. 1 a 4), la quale, dopo l'istruzione necessaria (doc. 10 a 21), era stata, in assenza d'incapacità lavorativa, respinta mediante progetto di decisione del 24 gennaio 2007 e conseguente decisione del 18 aprile 2007 (doc. 20 a 26). Contro quest'ultima, rappresentato dal suo avvocato, l'assicurato aveva presentato ricorso, il 4 giugno 2007, a questo Tribunale, il quale lo aveva parzialmente accolto mediante sentenza del 27 maggio 2009 (doc. 37), annullando la decisione impugnata e rinviando gli atti all'UAIE per l'esecuzione di una perizia pluridisciplinare di natura psichiatrica, neurologica, ortopedica, ematologica e onco-urologica. Questa sentenza è cresciuta in giudicato senza essere stata avversata.

B.

Dando seguito alle istruzioni della sentenza del 27 maggio 2009, l'UAIE ha commissionato, in un primo tempo, la perizia pluridisciplinare al ... (...) di ..., quindi ha annullato l'incarico a causa dello stato di salute dell'assicurato, il quale aveva fatto valere una sindrome depressiva grave ed un decadimento delle funzioni cognitive da encefalopatia vasculodegenerativa ad andamento ingravescente (compromissione della memoria, disorientamento temporale, tendenza alla confabulazione e perdita della capacità di calcolo), secondo una certificazione del dott. B._____, direttore del ..., del 14 novembre 2009 (doc. 47), di cui la dott.ssa C._____, medico dell'UAIE, ha preso conoscenza il 20 novembre 2009, considerandone i motivi di principio fondati (doc. 40 a 50).

Al posto della perizia del ..., l'UAIE si è quindi procurato per il tramite dell'INPS, tra gli altri, i documenti seguenti:

- una relazione medico-legale del dott. D._____, chirurgo, del 25 settembre 2008 (doc. 62/1 a 14), all'attenzione del Tribunale di prima istanza di ..., in cui sono diagnosticati segni di note spondiloartrosiche

lombari con discopatia L5-S1, esiti da meniscectomia selettiva del corno posteriore del menisco mediale del ginocchio sinistro a modesta incidenza funzionale, un pugno ipovalido destro con quarto dito atteggiato in semiflessione per lesione da taglio non meglio specificata, esiti da resezione endoscopica di carcinoma uroteliale papillare successivamente trattato con chemioprolifassi endovesicale, segni di encefalopatia ingravescente di verosimile natura degenerativa con decadimento delle funzioni cognitive, una sindrome depressiva di grave entità, una porpora trombocitopenica autoimmune con riferiti episodi di rettorragia e rinorragia, un'ipoacusia percettiva bilaterale di grado medio-grave da probabile cocleopatia ed emorroidi interne di II grado congeste. Nella relazione medico-legale è inoltre valutata una riduzione permanente della capacità lavorativa del 100%,

- una sentenza del Tribunale di prima istanza di ..., sezione del lavoro, del 25 settembre 2008 (doc. 62/15 e 16), nella quale è riconosciuto il diritto dell'assicurato ad una pensione d'inabilità a decorrere dal 1° luglio 2008,

- una perizia particolareggiata E 213 del dott. E._____, medico dell'INPS, del 5 aprile 2011 (doc. 63), diagnosticante una piastrinopenia, un'ipoacusia media, una sindrome depressivo ansiosa di modesta entità, una sindrome dispeptica in pregressa gastroresezione, una sindrome cefalgico-vertiginosa in sospetta cervicoartrosi e in artrosi lombare a moderata incidenza funzionale, nonché riferiti disturbi urinari in esiti per carcinoma (ca) papillare della vescica. Nella perizia è inoltre specificato che l'assicurato è in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri, senza controindicazioni, il grado d'invalidità per l'ultimo lavoro svolto e per qualsiasi altra attività confacente alle sue attitudini, secondo il diritto italiano, essendo cionondimeno valutato al 70%,

- due referti di visite neurologica e psichiatrica del Prof. F._____, neuropsichiatra, del 28 gennaio 2011 (doc. 64), il primo facente stato di una sindrome cefalgico-vertiginosa in sospetta cervicoartrosi, il secondo di una sindrome depressivo-ansiosa, entrambe con incidenza funzionale di moderata entità,

- un certificato del dott. G._____, chirurgo, del marzo 2011 (doc. 65), in cui è riportata la diagnosi di spondilodiscoartrosi cervicodorsale e di grave spondilodiscoartrosi lombare con discopatie multiple (stenosi del canale spinale lombare),

- diversi referti d'analisi chimico-cliniche (doc. 66 a 71),
- diversi documenti medici (doc. 72 a 93), tra cui una seconda certificazione del dott. B._____, del 14 febbraio 2011 (doc. 76), praticamente sovrapponibile alla prima, i quali riferiscono, tra l'altro, l'esecuzione di una resezione endoscopica di due neoformazioni vegetanti del collo e retromeatale a destra e la presenza di un'epatopatia,
- il questionario per l'assicurato, del 16 maggio 2011 (doc. 96), da cui risulta che quest'ultimo ha terminato la sua attività nel campo della molitura di olive il 28 gennaio 1992, in seguito a licenziamento, che lavorava quarantotto ore alla settimana per un salario mensile di EUR 624.-, che da allora non ha più esercitato alcuna attività lucrativa e che dal gennaio 2007 percepisce una pensione sociale italiana.

C.

L'UAIE ha sottoposto la documentazione raccolta alla valutazione del proprio servizio medico, nella persona della dott.ssa C._____, internista ed oncologa, la quale ha rilevato, in una presa di posizione del 23 giugno 2011 (doc. 99), la necessità di richiedere un rapporto neuropsicologico ed un rapporto psichiatrico, sottolineando che la patologia tumorale della vescica è in remissione.

L'UAIE si è quindi rivolto all'INPS per l'esecuzione di questi due rapporti ed ha ottenuto una nuova perizia particolareggiata E 213 del dott. E._____, del 20 settembre 2011 (doc. 107), praticamente identica a quella del 5 aprile 2011, due nuovi referti di visite neurologica e psichiatrica del Prof. F._____, del 25 luglio 2011 (doc. 108), con diagnosi di sindrome vertiginosa da sospetta e verosimile cervicoartrosi e di pregresso disturbo depressivo reattivo in attuale fase di parziale regressione, nonché altri referti medici (doc. 109 a 113), di cui si dirà, se del caso, in seguito.

La dott.ssa H._____, psichiatra, medico dell'UAIE, si è pronunciata sul caso il 26 gennaio 2012 (doc. 118), rilevando che all'incarto non si riscontra alcuna menzione di uno stato depressivo prima della certificazione del dott. B._____ del 2009, in allusione ad una patologia che sarebbe già stata osservata nel 2008, che la perizia particolareggiata E 213 del 20 settembre 2011 non contiene alcuna diagnosi psichiatrica, che il Prof. F._____ ha da ultimo evidenziato una sindrome ansioso depressiva leggera, non soggetta a terapia, ed ha concluso, da un mero punto di vista psichiatrico, dopo avere indicato

un'incapacità lavorativa del 70% dal 10 luglio 2008 per l'ultima attività svolta (disturbo depressivo reattivo grave), che non sussiste più alcuna incapacità lavorativa per ragioni psichiatriche almeno dal 28 gennaio 2011 (primo rapporto del Prof. F._____).

D.

Il 14 febbraio 2012 l'UAIE ha quindi approntato un progetto di decisione (doc. 120), con il quale ha prospettato all'assicurato il riconoscimento del suo diritto ad una rendita intera d'invalidità limitata al periodo dal 1° luglio 2009 al 30 aprile 2011, invitandolo nel contempo a formulare eventuali osservazioni entro un termine di trenta giorni. L'assicurato non essendosi manifestato nel termine impartito, l'UAIE ha emanato la corrispondente decisione il 23 maggio 2012 (doc. 122 a 126).

E.

Contro questa decisione, rappresentato dal suo avvocato, l'assicurato ha inoltrato ricorso al Tribunale amministrativo federale il 26 giugno 2012, chiedendo, previo annullamento della stessa, che sia accertato che il suo diritto di essere sentito è stato violato (non gli sono stati sottoposti per visione i documenti acquisiti dopo la sentenza del 27 maggio 2009) e che gli sia riconosciuto il diritto ad una rendita d'invalidità anche oltre il 30 aprile 2011, a far data dalla presentazione della domanda. Il ricorrente ha prodotto una relazione tecnica d'ufficio del dott. I._____, cardiologo e specialista in medicina legale, discussa il 14 febbraio 2011 davanti alla Corte d'appello di ..., sezione del lavoro, e la conseguente sentenza della detta corte, del 14 febbraio 2011, relativa all'attribuzione di un assegno d'invalidità dal 1° luglio 2007. Da notare che nella relazione tecnica d'ufficio menzionata è riportata la diagnosi di pregressa gastroduodenostomia per ulcera, di spondiloartrosi diffusa a modesta incidenza funzionale, di pregresso cancro vescicale uroteliale non recidivato, di pregressa porpora trombocitopenica stabilizzata, di emorroidi di II grado, d'ipoacusia di medio grado protesizzabile, di segni molto limitati di iniziale involuzione senile in depressione grave, di lieve gonartrosi sinistra, d'artrosi del III e IV dito della mano destra, nel quadro di buone condizioni generali, con una valutazione tabellare percentualistica globale dell'invalidità pari all'87%.

F.

Le dott.sse H._____ e C._____ hanno preso posizione sulla detta relazione rispettivamente il 15 ottobre e 7 novembre 2012 (doc. 128 e 130), ribadendo le loro proprie conclusioni specialistiche, dimodoché

l'UAIE ha risposto al ricorso il 15 novembre 2012, postulandone il rigetto con la conseguente conferma della decisione impugnata.

Il 21 novembre 2012 questo Tribunale ha trasmesso al ricorrente copie delle due prese di posizione delle dott.sse H._____ e C._____, della risposta dell'UAIE e dei documenti 64, 99, 108, 118, 128 e 130, concedendogli un termine di trenta giorni per presentare la replica.

G.

Mediante decisione incidentale del 15 gennaio 2013, questo Tribunale ha invitato il ricorrente a versare un anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 400.-. Con scritto inviato il 5 febbraio 2013, il ricorrente ha dichiarato di essere indigente e di non potere perciò pagare l'anticipo relativo alle spese processuali, senza replicare. Su richiesta di questo Tribunale, il ricorrente ha trasmesso debitamente compilato, il 16 marzo 2013, il formulario per la domanda di gratuito patrocinio.

Diritto:

1.

1.1 In virtù dell'art. 31 della legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (LTAF, RS 173.32), questo Tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021), emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate davanti al Tribunale amministrativo federale conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).

Di conseguenza, questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

1.2 Secondo l'art. 3 lett. d^{bis} PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). In conformità

con l'art. 2 LPGA, le disposizioni della presente legge 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-26^{bis} e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

1.3 Conformemente all'art. 59 LPGA, ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Il ricorso deve essere interposto entro 30 giorni dalla notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa (art. 60 LPGA). Esso deve contenere le conclusioni, i motivi, l'indicazione dei mezzi di prova e la firma del ricorrente o del suo rappresentante, con allegati la decisione impugnata e i documenti indicati come mezzi di prova, se sono in possesso del ricorrente (art. 52 cpv. 1 PA).

1.4 In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA).

2.

2.1 Il ricorrente è cittadino di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'Accordo sulla libera circolazione delle persone, del 21 giugno 1999, fra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681), in particolare il suo allegato II relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. Secondo l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali fra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale sono sospesi con l'entrata in vigore dell'Accordo, qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo.

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 che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici riferiti nella sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad

essi (art. 1 ch. 1), assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (UE; art. 1 ch. 2), e stabilisce, ai fini dell'applicazione delle disposizioni dello stesso allegato, la necessità di tenere in debita considerazione gli atti giuridici dell'UE riferiti nella sezione B (art. 2 ch. 1) e di prendere atto di quelli menzionati alla sezione C (art. 2 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.

Gli atti giuridici elencati nella sezione B dell'allegato II rappresentano diverse decisioni della Commissione amministrativa per il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, mentre quelli esposti nella sezione C corrispondono a due raccomandazioni della stessa commissione.

L'allegato II è peraltro completato da un protocollo, che ne costituisce parte integrante (art. 3 ch.2), in cui sono stipulate regole speciali riguardo all'assicurazione contro la disoccupazione, agli assegni per grandi invalidi e alla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità.

2.4 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 detto, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della

procedura, come pure l'e...e delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

Relativamente al diritto applicabile, deve essere ancora precisato che la presente procedura, iniziata il 20 maggio 2006, è retta dalla LAI nel suo tenore corrispondente alla 4^a revisione, in vigore dal 1° gennaio 2004, alla 5^a revisione, in vigore dal 1° gennaio 2008, e alla 6^a revisione, in vigore dal 1° gennaio 2012, secondo il principio per cui le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (ATF 130 V 445 consid. 1.2).

4.

Il ricorrente contesta la validità formale della decisione dell'UAIE, rilevando che egli non ha avuto accesso ai documenti medici acquisiti dall'amministrazione quali complemento istruttorio ordinato dalla sentenza di questo Tribunale del 27 maggio 2009.

5.

5.1 Il diritto di essere sentito, la cui garanzia è prevista all'art. 29 cpv. 2 della Costituzione federale della Confederazione svizzera del 18 aprile 1999 (Cost, RS 101), comprende il diritto per l'assicurato di prendere conoscenza dell'incarto (DTF 132 II 485 consid. 3, 126 I 7 consid. 2b), di esprimersi prima che una decisione sia emessa nei suoi confronti, di produrre delle prove pertinenti, di partecipare all'amministrazione delle prove essenziali, di prenderne conoscenza e di potersi esprimere in merito, allorquando questo è proprio ad influenzare la decisione da emanare (cfr. DTF 124 II 132 consid. 2b e giurisprudenza ivi citata). Nel quadro della procedura amministrativa il diritto di essere sentito è consacrato dagli art. 26 a 28 (diritto di e...inare gli atti), dagli art. 29 a 33 (diritto di essere sentito *stricto sensu*) e dall'art. 35 PA (diritto di ottenere una decisione motivata).

5.2 La giurisprudenza ha dedotto dal diritto di essere sentito, definito dalle norme speciali di procedura (quali l'art. 35 PA) l'obbligo per l'autorità di motivare la sua decisione, così da permettere ai destinatari ed a tutte le persone interessate di comprenderla, di impugnarla ed in modo da rendere possibile all'autorità di ricorso adita di esercitare convenientemente il suo controllo (DTF 129 I 232 consid. 3.2; DTF 126 I 97 consid. 2b; DTF 122 IV 8 consid. 2c, DTF 112 Ia 107 consid. 2b; cfr.

inoltre la sentenza del Tribunale federale 2A.496/2006/ 2A.497/2006 del 15 ottobre 2007 consid. 5.1.1). Si è in presenza di una violazione del diritto di essere sentito se l'autorità non soddisfa al suo obbligo di e...inare e di trattare i problemi pertinenti (DTF 126 I 97 consid. 2b; DTF 122 IV 8 consid. 2c). Per adempiere a tali esigenze, è sufficiente che il giudice (o l'autorità) menzioni, almeno brevemente, i motivi sui quali ha fondato la sua decisione, in modo da permettere all'interessato di apprezzare la portata di quest'ultima e di impugnarla in piena conoscenza di causa (DTF menzionate). In generale, la portata dell'obbligo di motivare dipende dalla complessità della fattispecie da giudicare, dalla potenziale gravità delle conseguenze della decisione e dalle circostanze del singolo caso. Più la libertà d'apprezzamento dell'autorità è ampia e più la misura adottata arreca pregiudizio ai diritti dei singoli, più le esigenze legate alla motivazione della decisione devono essere elevate (DTF 112 Ia 107 consid. 2b; cfr. inoltre la sentenza del Tribunale federale 2A.496/2006 / 2A.497/2006 precitata). Sebbene la motivazione debba fare emergere le riflessioni dell'autorità in merito agli elementi (di fatto o di diritto) essenziali che hanno influenzato la decisione, l'autorità non è comunque tenuta a pronunciarsi su tutti i fatti, argomentazioni e mezzi di prova invocati dalle parti, ma può limitarsi a quelli che, senza arbitrio, le sembrano decisivi per la risoluzione della causa (DTF 126 I 97 consid. 2b; DTF 112 Ia 107 consid. 2b). È sufficiente che l'amministrazione indichi brevemente i motivi della decisione e quali sono gli elementi alla base di quest'ultima (DTF 124 V 180, consid. 1a, confermato nella sentenza del Tribunale federale, del 9 maggio 2000, in re I., ed in Pra 2001, n. 71, consid. 1 a/bb).

5.3 Il diritto di ottenere una decisione motivata costituisce una garanzia costituzionale di natura formale, la cui violazione causa in principio l'annullamento della decisione impugnata indipendentemente dalle possibilità di esito favorevole del ricorso nel merito (cfr. DTF 126 I 19 consid. 2d/bb; DTF 126 V 130 consid. 2b; DTF 122 II 464 consid. 4a e giurisprudenza citata). Eccezionalmente un'eventuale violazione del diritto di essere sentito può essere sanata allorquando l'autorità che ha emanato la decisione ha preso posizione in merito alle argomentazioni decisive nel quadro dello scambio degli scritti e che l'amministrato ha avuto la possibilità di esprimersi liberamente di fronte ad un'autorità di ricorso che disponga di piena cognizione (DTF 133 I 201 consid. 2.2; DTF 130 II 530 consid. 7.3; DTF 126 V 130 consid. 2b; DTF 124 V 389 consid. 5a e 180 consid. 4a).

In concreto è assodato che il ricorrente non ha avuto accesso immediato ai documenti medici 64, 99, 108 e 118, alla base del progetto di decisione del 14 febbraio 2012 (doc. 120) e della decisione impugnata del 23 maggio 2012 (doc. 121, 122, 124 e 125). Il ricorrente non si è opposto al progetto di decisione, per motivi non eruibili, ed è solo con la sua impugnativa che ha censurato il fatto che non gli sia stata trasmessa una "copia degli accertamenti medici eseguiti dopo la sentenza del 2009", argomentando cionondimeno quanto necessario e riservandosi il diritto di "meglio dedurre allorquando si avranno a disposizione i rapporti medici richiamati dall'UAIE nella sua decisione". I documenti medici 64, 99, 108 e 118, con in più i documenti 128 e 130, redatti nel quadro della presente procedura, sono stati trasmessi, con una copia della risposta dell'UAIE, al ricorrente da questo Tribunale mediante ordinanza del 21 novembre 2012. Pur ammettendo che il ricorrente abbia avuto accesso ai documenti 64, 99, 108 e 118 con un certo ritardo, bisogna rilevare che egli non solo non si è opposto al progetto di decisione del 14 febbraio 2012, non esigendo quindi di visionare i documenti menzionati, ma non ha nemmeno esibito alcuna replica e non si è così pronunciato sugli stessi, limitandosi, con il suo scritto del 4 febbraio 2013, a chiedere di essere esentato dal pagamento delle spese processuali di Fr. 400.-.

Date queste circostanze, questo Tribunale deve concludere che la censura del ricorrente in ordine alla violazione del suo diritto di essere sentito deve essere respinta.

6.

In deroga all'art. 24 cpv. 1 LPGA, il quale prevede che il diritto a prestazioni arretrate si estingue cinque anni dopo la fine del mese per cui era dovuta la prestazione, l'art. 48 cpv. 2 LAI, nel suo tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007, precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo la nascita del diritto, le prestazioni possono essere assegnate soltanto per i dodici mesi precedenti la richiesta.

In concreto, il ricorrente ha presentato la domanda di rendita il 20 gennaio 2006. Questo Tribunale può quindi limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 20 gennaio 2005 (ossia dodici mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e il 23 maggio 2012, data della decisione dell'UAIE. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

7.

Secondo le norme applicabili, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione per l'invalidità svizzera, un cittadino italiano deve, cumulativamente, essere invalido ai sensi della legge svizzera ed avere versato contributi all'AVS/AI svizzera per almeno un anno intero (art. 36 cpv. 1 LAI, nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007). A partire dal 1° gennaio 2008, è tuttavia necessario avere versato contributi durante almeno 3 anni (art. 36 LAI nel tenore modificato il 6 ottobre 2006). A tale fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 pag. 4065).

In concreto è pacifico che il ricorrente adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalido ai sensi di legge.

8.

8.1 Ai sensi dell'art. 8 cpv. 1 LPGa è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

8.2 L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI; art. 28 cpv. 2 LAI a partire dal 1° gennaio 2008). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1^{ter} LAI (art. 29 cpv. 4 a partire dal 1° gennaio 2008), secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGa), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino svizzero o dell'UE e vi risiede.

8.3 Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il

40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute si è stabilizzato; la seconda lettera se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b). A partire dal 1° gennaio 2008, l'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPG) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPG, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

8.4 Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. 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 LPG). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPG e consiste nella 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.

9.

9.1 Una rendita d'invalidità limitata nel tempo corrisponde, materialmente, ad una revisione ai sensi dell'art. 17 cpv. 1 LPG. Quindi, per verificare la legalità della decisione impugnata, bisogna conformarsi ai principi di questa disposizione, secondo la quale, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta.

9.2 Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni

caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere mansioni consuete peggiora, occorre tenere conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI).

9.3 Assegnando retroattivamente una rendita d'invalidità decrescente, crescente o limitata nel tempo, l'autorità amministrativa disciplina un rapporto giuridico suscettibile di essere, in caso di contestazione, oggetto della lite e dell'impugnativa. Qualora sia contestata solo la riduzione o la soppressione delle prestazioni, il potere cognitivo del giudice non è limitato nel senso che egli debba astenersi dallo statuire circa i periodi per i quali il riconoscimento di prestazioni non è censurato (DTF 125 V 413 consid. 2.2 et 2.3 confermato in 131 V 164).

Va ricordato che nel caso in cui la prestazione venga accordata con effetto retroattivo ma limitata nel tempo, aumentata oppure ridotta, esiste un'unica relazione giuridica; ciò vale anche se l'assegnazione della rendita d'invalidità graduata e/o limitata nel tempo è stata comunicata mediante più decisioni recanti la stessa data (DTF 131 V 164 consid. 2.2 e 2.3).

10.

La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGa è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGa, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI (art. 28a cpv. 1 LAI, dal 1° gennaio 2008), 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, 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. In altri termini, l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30; Pratique VSI 2000 pag. 84). La documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare il danno invalidante e quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare l'invalidità dell'assicurato (DTF 115 V 134 consid. 2 e 114 V 314).

In concreto, come risulta dal questionario per l'assicurato (doc. 96), il ricorrente non ha più svolto alcun tipo di lavoro dopo il 28 gennaio 1992, dimodoché è necessario riferirsi alla documentazione medica non solo per stabilire il danno alla sua salute, ma anche per sapere quali attività professionali sono ancora da lui esigibili e in che misura (capacità lavorativa residua).

11.

Il giudice delle assicurazioni sociali fonda la sua decisione, salvo disposizioni di legge contrarie, su fatti che, senza essere stabiliti in modo irrefutabile, appaiono come i più verosimili, ossia che presentano un grado di verosimiglianza preponderante (DTF 126 V 353 consid. 5b e relativi riferimenti). Egli deve e...inare 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 (DTF 125 V 352 consid. 3a). Per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c). Perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed e...ini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli e...i approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352, 122 V 160). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; VSI 2001 pag. 109).

12.

In concreto occorre innanzitutto sottolineare che il ricorrente non è stato sottoposto alla perizia pluridisciplinare psichiatrica, neurologica, ortopedica, ematologica e onco-urologica che aveva ordinato questo Tribunale nella sentenza del 27 maggio 2009 (doc. 37, pag. 13). L'UAIE aveva in un primo tempo incaricato dell'esecuzione di questa perizia il ... di ..., poi vi aveva rinunciato per i motivi di salute fatti valere dal ricorrente, motivi che la dott.ssa C._____ aveva ritenuto potere giustificare l'impossibilità di venire in Svizzera per sottoporsi alla perizia.

Ciò precisato, dalla documentazione medica all'incarto ottenuta nell'ambito del complemento istruttorio effettuato dall'UAIE e, in particolare, dalle perizie particolareggiate E 213 del dott. E._____, medico dell'INPS, del 5 aprile e 20 settembre 2011 (doc. 63 e 107), dai referti di visite neurologica e psichiatrica del Prof. F._____, neuropsichiatra, del 28 gennaio e 25 luglio 2011 (doc. 64 e 108), dalla relazione tecnica d'ufficio del dott. I._____, chirurgo e specialista in medicina legale, discussa davanti alla Corte d'appello di ... il 14 febbraio 2011, e dalle prese di posizione delle dott.sse H._____, psichiatra, e C._____, internista e oncologa, entrambe medici dell'UAIE, del 26 gennaio, 10 ottobre e 7 novembre 2012 (doc. 118, 128 e 130), è possibile ricostruire la diagnosi psichiatrica di disturbo depressivo grave e di disturbo ansioso depressivo reattivo leggero.

Dal punto di vista somatico, gli elementi diagnostici identificabili sono, sostanzialmente, una piastrinopenia, un'ipoacusia media, una sindrome dispeptica in pregressa gastresezione, una sindrome cefalgico-vertiginosa in sospetta cervicoartrosi e in artrosi lombare, nonché riferiti disturbi urinari in esiti per carcinoma papillare della vescica.

13.

13.1 Rispetto alle conseguenze invalidanti delle affezioni diagnosticate, il dott. E._____ ha fissato, nelle sue perizie E 213 del 5 aprile e 20 settembre 2011, secondo criteri propri del diritto italiano, un grado d'invalidità del 70% per qualsiasi attività lavorativa, e ciò nonostante il fatto che abbia nello stesso tempo rilevato come il ricorrente sia in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri senza alcuna controindicazione di sorta. Anche il dott. I._____ ha calcolato, nella sua relazione tecnica d'ufficio, un grado d'invalidità, sulla base di valori percentuali relativi ad ogni elemento diagnostico da lui ritenuto, considerati globalmente, pari all'87%. Il dott. D._____, chirurgo, aveva addirittura stimato, nella sua relazione medico-legale del 25 settembre 2008 (doc. 62/1 a 14), una riduzione permanente della capacità lavorativa del 100%.

13.2 La dott.ssa H._____ ha constatato dal punto di vista psichiatrico, nelle sue prese di posizione del 26 gennaio e 15 ottobre 2012, che l'incapacità lavorativa del ricorrente nell'attività abituale è stata pari al 70%, per il disturbo depressivo grave sviluppatosi probabilmente in reazione alla patologia tumorale, dal 10 luglio 2008, ma che deve essere considerata pari allo 0% dal 28 gennaio 2011, il detto disturbo essendo

infatti evoluto in modo favorevole grazie al trattamento psicotropo dispensato.

Dal canto suo, la dott.ssa C._____ ha confermato, nella sua presa di posizione del 7 novembre 2012, riferendosi alla sua prima valutazione del 23 giugno 2011 (doc. 99), l'assenza di qualsiasi patologia somatica invalidante, dopodiché ha passato in rivista, e brevemente commentato, tutti gli elementi diagnostici elencati nella relazione tecnica d'ufficio del dott. I._____, qualificandoli, per la più parte, di minore entità e non recidivanti o in remissione. In particolare, la dott.ssa C._____ ha osservato che i disturbi degenerativi sotto forma di spondilodiscoartrosi sono da mettere in relazione con l'età del ricorrente e non sono invalidanti, la gastroduodenostomia risale agli anni Ottanta, non ha occasionato recidive e non ha avuto ripercussioni sulla capacità lavorativa, il pregresso carcinoma vescicale, senza recidive, non ha necessitato di trattamenti più radicali. Per quanto concerne inoltre la porpora trombocitopenia, il medico dell'UAIE ha specificato che si tratta di un'affezione auto-immune che non ha registrato alcuna evoluzione sfavorevole da più di venti anni e non ha occasionato alcuna complicazione.

13.3 Visto quanto procede, questo Tribunale può constatare, secondo un grado di verosimiglianza preponderante, che, seguendo la valutazione della dott.ssa H._____, l'incapacità lavorativa del ricorrente, per la sua attività abituale, è stata pari, dal punto di vista psichiatrico, al 70% dal 10 luglio 2008 ed è pari allo 0% dal 28 gennaio 2011, data del primo rapporto stilato dal Prof. F._____, mentre che, sul piano somatico, come riferito dalla dott.ssa C._____, non è mai sussistita e non sussiste alcuna patologia invalidante.

14.

Di conseguenza, a giusto titolo l'UAIE ha accordato al ricorrente una rendita limitata nel tempo, per il periodo dal 1° luglio 2009 al 30 aprile 2011 (art. 28 cpv. 1 lett. b e c LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, e 88a cpv. 1 OAI), dimodoché la decisione dell'UAIE del 23 maggio 2012 deve essere confermata e il ricorso respinto.

15.

Il ricorrente ha chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria per quanto attiene alle spese di procedura.

15.1 Giusta l'art. 65 cpv. 1 PA, se una parte non dispone dei mezzi necessari e le sue conclusioni non sembrano prive di probabilità di successo, l'autorità di ricorso, il suo presidente o il giudice dell'istruzione la dispensa, a domanda, dopo il deposito del ricorso, dal pagamento delle spese processuali. Secondo la giurisprudenza consolidata, i presupposti per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono di massima adempiuti se il richiedente si trova nel bisogno (indigenza) e se le sue conclusioni non sembrano dover avere esito sfavorevole (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti, sentenza della II Corte di diritto pubblico del Tribunale federale I 134/06 del 7 maggio 2007).

15.2 L'indigenza sussiste quando il richiedente non riesce ad ottenere, sull'arco di diversi mesi e deducendo le spese necessarie al suo sostentamento e a quello della sua famiglia, i mezzi finanziari necessari per condurre la procedura (JAAC 64.28 cons. 2b), ciò che si determina considerando le sue risorse, come pure, se del caso, quelle delle persone che hanno nei suoi riguardi un obbligo di mantenimento (DTF 119 Ia 11 cons. 3a).

15.3 Per valutare la probabilità di esito favorevole non si deve adottare un criterio particolarmente severo: è infatti sufficiente che, di primo acchito, il gravame non presenti notevolmente meno possibilità di essere accolto che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (DTF 125 II 275 e 124 I 304 consid. 2c). Inoltre, quando le prospettive di successo e i rischi di perdere il processo si eguagliano o le prime sono soltanto leggermente inferiori rispetto ai secondi, le domande non possono essere considerate senza esito favorevole (DTF 125 II 275; 124 I 304 consid. 2c; 122 I 267 consid. 2b).

15.4 In concreto, visti i dati forniti dal ricorrente per il tramite del formulario relativo alla domanda di gratuito patrocinio, del 13 marzo 2013, la richiesta di esenzione dal pagamento delle spese processuali deve essere accolta.

16.

In conformità con l'art. 64 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente una indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (spese ripetibili). Tenuto conto dell'esito della procedura, non si assegnano al ricorrente indennità per spese ripetibili.

Per quanto concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 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]).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

La richiesta d'esenzione dal pagamento delle spese processuali è accolta, per cui non si prelevano spese processuali.

3.

Non si assegnano indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione:

- al rappresentante del ricorrente (Raccomandata/AR);
- all'autorità inferiore (n. di rif. ...; Raccomandata);
- all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna (Raccomandata).

La presidente del collegio: Il cancelliere:

Elena Avenati-Carpani

Dario Quirici

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 notificazione (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 [LTF, RS 173.110]). 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 ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: