



Corte III
C-8218/2007/
{T 0/2}

Sentenza del 5 giugno 2009

Composizione

Giudici Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio),
Francesco Parrino, Madeleine Hirsig,
cancelliere Dario Quirici.

Parti

A. _____,
patrocinato dall'avvocato Luigi Potenza, 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 16 ottobre 2007.

Fatti:**A.**

A._____, cittadino italiano nato il (...), sposato e padre di una figlia, ha lavorato in Svizzera, come meccanico, dal 1963 al 1964 e dal 1968 al 1988, versando i contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI). Il 18 luglio 1995, a seguito di una lunga malattia, egli ha formulato una domanda per l'ottenimento di una rendita d'invalidità all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE). Con decisione del 21 maggio 1996, l'UAIE, pur ammettendo un grado d'invalidità dell'80%, ha respinto la domanda, per il motivo che, da un lato, l'affiliazione obbligatoria all'AVS/AI si era estinta nel 1988 e che, dall'altro lato, l'interessato non era iscritto all'assicurazione sociale italiana secondo l'art. 8 lett. b della Convenzione di sicurezza sociale tra la Svizzera e l'Italia, allora in vigore. Contro questa decisione, l'assicurato ha presentato ricorso alla Commissione federale di ricorso in materia di assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità per le persone residenti all'estero (CFR), la quale l'ha respinto con giudizio del 22 gennaio 1997, cresciuto in giudicato (doc. 1.1; giudizio della CFR del 22 gennaio 1997, doc. TAF 11).

B.

Il 30 maggio 2005, per il tramite dell'Istituto nazionale italiano della previdenza sociale (INPS), l'assicurato ha presentato all'UAIE una nuova domanda per l'ottenimento di una rendita d'invalidità (doc. 1 a 5).

Nell'ambito dell'istruzione della domanda di rendita, l'UAIE ha acquisito i documenti seguenti:

- il questionario per l'assicurato, del 22 dicembre 2005, nel quale quest'ultimo ha affermato, in particolare, di avere cessato la propria attività professionale in Svizzera nel luglio 1988, a seguito del suo rientro in Italia, di non aver più lavorato a decorrere da quella data, e di beneficiare di una pensione d'invalidità civile italiana dal 1997-1998, con un grado d'invalidità dell'85% (doc. 7),

- una lettera dell'assicurato, ricevuta dall'UAIE il 12 aprile 2006, nella quale sono precisati il nome dell'ultimo datore di lavoro in Svizzera, il genere d'attività svolta (meccanico), l'orario giornaliero (otto ore) e il

salario orario (Fr. 6.20.-; doc. 10),

- diversa documentazione medica, in parte di difficile lettura, inerente al periodo dal 1991 al 2003, tra cui dei referti radiologici e elettroencefalografici (doc. 11 a 17),

- la perizia medica particolareggiata E 213 del dott. C._____, del 5 agosto 2005, facente stato della diagnosi di displasia congenita dell'arto superiore destro, con impotenza funzionale dello stesso, paresi del facciale destro, esoftalmo dell'occhio destro, deficit articolare della mandibola e sindrome psicorganica in esiti di pregresso trauma cranio-facciale, come pure note cliniche di broncopatia cronica, con un grado d'invalidità dell'80% (doc. 18).

C.

L'UAIE ha quindi sottoposto il caso alla valutazione del proprio servizio medico, nella persona del dott. R._____. Nella sua presa di posizione del 6 settembre 2006, quest'ultimo ha ritenuto la diagnosi di paresi del facciale destro con esoftalmo e displasia congenita dell'arto superiore destro, e considerato che queste affezioni non generano una diminuzione significativa della capacità lavorativa dell'assicurato (doc. 20).

Fondandosi su questa valutazione, l'UAIE ha emesso un progetto di decisione, il 14 settembre 2006, con il quale ha preannunciato all'assicurato il rigetto della sua domanda di rendita d'invalidità, invitandolo nel contempo a presentare sue eventuali osservazioni entro un termine di trenta giorni (doc. 21).

Per il tramite del suo avvocato, l'assicurato ha presentato le sue osservazioni il 16 ottobre 2006, rilevando, in sostanza, un peggioramento dei disturbi psichici di cui è affetto, sulla base di un certificato medico del dott. C._____, del 9 ottobre 2006, facente stato di una sindrome psicorganica, di una depressione in trattamento farmacologico e di una sindrome vertiginosa recidivante, ed ha chiesto che la sua domanda di rendita d'invalidità sia accolta (doc. 22 e 23).

Dopo avere preso conoscenza del detto certificato medico, il dott. R._____ ha ordinato, il 16 novembre 2006, l'esecuzione di una perizia psichiatrica (doc. 25). L'UAIE ha quindi richiesto all'INPS l'allestimento di una nuova perizia medica particolareggiata E 213 e di

un esame psichiatrico, come pure altre informazioni utili sullo stato psichico generale dell'assicurato (doc. 27). Il 19 febbraio 2007 l'INPS ha trasmesso all'UAIE la documentazione seguente:

- un certificato medico dell'assistente psichiatra dott. P._____, del 22 dicembre 1993, all'attenzione della Commissione d'invalidità civile italiana, dal quale si evincono, essenzialmente, frequenti episodi di deficit della memoria recente, una riduzione della memoria conativa, incontinenze emotive con facilità al pianto, una facile irritabilità, un deficit intellettivo di lieve grado, con condotte asociali e di evitamento, una cefalea gravativo-costrittiva sub-continua, poco o nulla sensibile a terapia farmacologica, vertigini soggettive, una paresi periferica a destra e una cronica depressione del tono dell'umore (doc. 28),

- un certificato medico del dott. Russo, del 2005, di difficile lettura, da cui risultano una grave distrofia dell'arto superiore destro, con marcato deficit funzionale, e segni clinici di spondilartrosi (doc. 29),

- una nuova perizia medica particolareggiata E 213 del dott. C._____, del 30 gennaio 2007, facente stato della diagnosi di paresi facciale a destra, deficit articolare della mandibola, displasia dell'arto superiore destro, con impotenza funzionale dello stesso, poliartralgie, depressione del tono dell'umore, cefalea e deficit della memoria e dell'attenzione, con un grado d'invalidità dell'80% (doc. 30).

Il 24 aprile 2007 l'UAIE ha reiterato all'INPS la richiesta di un esame psichiatrico recente dell'assicurato (doc. 32). Il 6 giugno 2007 l'INPS ha trasmesso all'UAIE un certificato di visita psichiatrica del CSL, del 31 gennaio 2007, nel quale si evidenzia una sindrome psicorganica, caratterizzata da ansia, da un umore depresso, da una polarizzazione ipocondriaca e da un'auto-osservazione morbosa, con incidenza funzionale di media gravità (doc. 33).

Prendendo posizione, il 18 luglio 2007, sulla nuova documentazione medica acquisita dall'UAIE, il dott. R._____ ha posto come diagnosi, con ripercussione sulla capacità lavorativa, una sindrome psicorganica del sistema nervoso centrale, dei deficit cognitivi e dell'affettività, una paresi facciale a destra con esoftalmo, degli esiti di un grave trauma del cranio intervenuto nel 1977 ed una depressione cronica, come pure la diagnosi, senza influenza sulla capacità lavorativa, di displasia congenita dell'arto superiore destro. Egli ha inoltre stabilito

un'incapacità lavorativa del 50% per l'attività abituale dell'assicurato, a partire dal 22 dicembre 1993, data del certificato psichiatrico del dott. P._____ (doc. 36).

Sulla base di questa valutazione, l'UAIE ha emesso un nuovo progetto di decisione, il 25 luglio 2007, con il quale ha preannunciato all'assicurato il riconoscimento del suo diritto ad una mezza rendita d'invalidità dal 18 luglio 1994, la rendita potendosi versare però solamente dal 1° maggio 2004, visto che la domanda è stata presentata il 30 maggio 2005, ed invitandolo nel contempo a formulare sue eventuali osservazioni entro un termine di trenta giorni (doc. 37).

L'assicurato non avendo formulato alcuna osservazione, l'UAIE ha emanato una decisione il 16 ottobre 2007, mediante la quale ha riconosciuto a quest'ultimo il diritto ad una mezza rendita d'invalidità dal 1° maggio 2004, con la rispettiva rendita complessiva per la figlia (doc. 39).

D.

Contro questa decisione, per il tramite del suo avvocato, l'assicurato ha inoltrato ricorso al Tribunale amministrativo federale il 27 novembre 2007, chiedendo di dichiarare la decisione nulla per mancanza di motivazione, di riconoscere il suo diritto ad una rendita intera d'invalidità dal 18 luglio 1994, e di espletare, se del caso, una perizia medica indipendente.

L'UAIE ha risposto il 4 febbraio 2008, difendendo la fondatezza della propria decisione e chiedendo, di conseguenza, il rigetto del ricorso.

Il ricorrente ha replicato il 12 marzo 2008, riconfermandosi nelle proprie conclusioni.

Dopo la replica non sono più stati disposti ulteriori scambi di allegati.

E.

Con decisione incidentale del 18 marzo 2008, il Tribunale amministrativo federale ha invitato il ricorrente a versare un anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 300.-. Il relativo versamento è stato effettuato l'8 aprile 2008.

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).

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). 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), sempre che 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, nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA), e visto che l'anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 300.- è stato versato nei termini.

2.

2.1 Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 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 (RS 0.831.109.268.1) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). Trattasi di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri (art. 3 del Regolamento CEE n° 1408/71).

2.2 Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'Allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo (art. 6 del Regolamento CEE n° 1408/71). Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

2.3 L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 e (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71.

2.4 Per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2). Anche in seguito all'entrata in vigore

dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

3.1 Secondo 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.

3.2 L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della LAI al momento della decisione impugnata, in virtù del principio secondo il quale sono determinanti le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto giuridicamente determinante (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti). Le disposizioni della 5^a revisione della LAI e della LPGA, in vigore dal 1° gennaio 2008, non sono pertanto applicabili nel caso concreto e, di seguito, è fatto riferimento alle disposizioni in vigore fino al 31 dicembre 2007.

4.

Il ricorrente ha contestato la validità formale della decisione dell'UAIE, rilevando che essa sarebbe nulla poiché priva di motivazione.

4.1 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 in merito agli elementi pertinenti prima che una decisione sia emessa nei suoi confronti, di produrre delle prove pertinenti, di ottenere che sia dato seguito alle sue offerte di prove pertinenti, di partecipare all'amministrazione delle prove essenziali o almeno di poter esprimersi sul suo risultato, 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. 26-28 (diritto di esaminare gli atti), dagli art. 29-33 (diritto di essere sentito *stricto sensu*) e dall'art. 35 PA (diritto di ottenere una decisione motivata).

4.2 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, eventualmente di impugnarla ed in modo da rendere possibile all'autorità di ricorso eventualmente 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 la 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 esaminare 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 la 107 consid. 2b; cfr. inoltre la sentenza del Tribunale federale 2A.496/2006 / 2A.497/2006 precitata). Sebbene la motivazione deve 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 permettersi di limitarsi a quelli che, senza arbitrio, le sembrano decisivi per la risoluzione della causa (DTF 126 I 97 consid. 2b; DTF 112 la 107 consid. 2b). Nel campo delle assicurazioni sociali, in particolare, le esigenze relative alla motivazione non devono essere particolarmente elevate. È, infatti, 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).

4.3 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 positivo 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 allorché 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, la cui cognizione è altrettanto ampia che quella dell'autorità inferiore (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).

4.4 In concreto, la motivazione della decisione impugnata appare certo succinta, ma ciò non ha però impedito il ricorrente di comprenderne la portata e di deferirla all'istanza superiore. Nell'ambito del ricorso, infatti, egli ha potuto difendersi in maniera corretta, nella misura in cui è stato in grado di dedurre i fatti su cui la decisione si fonda e le ragioni per cui è stata pronunciata. Tuttavia, anche se la decisione fosse considerata non sufficientemente motivata, si rileva che tale carenza sarebbe sanata dal ricorso davanti al Tribunale amministrativo federale, il quale dispone di un pieno potere d'esame (fatti e diritto). Inoltre, con la sua risposta del 4 febbraio 2008, l'UAIE ha avuto modo di esprimersi sul contenuto del ricorso e di completare le motivazioni della sua decisione, successivamente notificate al ricorrente, al quale è stato concesso il diritto di replica, di cui ha fatto uso (DTF 116 V 39/40 consid. 4b).

Visto quanto precede, la censura del ricorrente in ordine all'insufficienza della motivazione e, quindi, alla violazione del suo diritto di essere sentito, deve essere respinta.

5.

Il ricorrente ha contestato la validità della decisione dell'UAIE, chiedendo che gli sia riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità dal 18 luglio 1994.

6.

6.1 Secondo l'art. 24 cpv. 1 LPGA, il diritto a prestazioni si estingue cinque anni dopo la fine del mese per cui era dovuta la prestazione. In deroga a questa disposizione, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo la nascita del diritto, le

prestazioni dell'assicurazione invalidità possono essere assegnate soltanto per i dodici mesi precedenti la richiesta. Esse sono assegnate per un tempo anteriore, se l'assicurato non poteva conoscere i fatti motivanti il diritto e presenta la richiesta entro dodici mesi da quando ne ha avuto conoscenza.

In concreto, il ricorrente ha presentato la nuova domanda di rendita il 30 maggio 2005. Il Tribunale amministrativo federale potrebbe quindi, di principio, limitarsi ad esaminare se il ricorrente abbia diritto ad una rendita intera il 30 maggio 2004 (ossia dodici mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se il diritto ad una rendita intera sia sorto tra tale data ed il 16 ottobre 2007, data della decisione impugnata. 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, citato sopra al consid. 3.2).

6.2 Il ricorrente pretende però che la rendita d'invalidità gli sia versata con effetto dal 18 luglio 1994, ossia dodici mesi prima dell'inoltro della sua domanda iniziale per l'ottenimento di una rendita d'invalidità.

Ora, fino al 31 dicembre 2000, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, un cittadino italiano, oltre ad essere invalido ai sensi della legge svizzera ed aver versato contributi all'AVS/AI svizzera per almeno un anno intero, doveva essere assicurato (cosiddetta clausola assicurativa), al momento dell'insorgere dell'invalidità, o presso l'AVS/AI svizzera (art. 6 cpv. 1 LAI, versione in vigore fino al 31 dicembre 2000) o presso le assicurazioni sociali italiane (art. 8 lett. b della Convenzione italo-svizzera in materia di sicurezza sociale; cfr. giudizio della CFR del 22 gennaio 1997).

Secondo il punto 4 delle Disposizioni finali della modifica della LAI del 23 giugno 2000, le persone che non avevano diritto alla rendita poiché non erano assicurate al momento dell'insorgenza dell'invalidità, possono sollecitare un riesame del loro diritto in base alle nuove disposizioni. Il diritto alla rendita sorge tuttavia al più presto con l'entrata in vigore della presente disposizione, ossia il 1° gennaio 2001.

In concreto, nel quadro della procedura relativa alla domanda iniziale

del 18 luglio 1995, al ricorrente non è stato riconosciuto il diritto ad una rendita, malgrado un grado d'invalidità dell'80%, perché non era più assicurato al momento dell'insorgenza della sua invalidità. La sua nuova domanda può quindi essere considerata, sotto questo profilo, come una richiesta di riesame secondo il punto 4 delle Disposizioni finali. Ciò detto, la pretesa del ricorrente, secondo cui la data d'inizio per l'erogazione della rendita d'invalidità dovrebbe essere fissato al 18 luglio 1994, è senza fondamento, nella misura in cui il punto 4 delle Disposizioni finali stipula unicamente che il diritto alla rendita può decorrere al più presto dal 1° gennaio 2001 (cfr. sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni del 21 aprile 2005, nella causa I 296/04).

D'altro canto, visto che il ricorrente, al momento dell'insorgere dell'invalidità, conosceva i fatti motivanti il suo diritto a prestazioni, l'art. 48 cpv. 2 2^a frase LAI non è applicabile, e perciò non possono essere assegnate prestazioni assicurative per un periodo anteriore a quello previsto dall'art. 48 cpv. 2 LAI, ossia prima del 1° maggio 2004. Oltre a ciò, il giudizio della CFR del 22 gennaio 1997, cresciuto in giudicato, non è suscettibile di riconsiderazione, siccome esso ha correttamente applicato le disposizioni di legge allora in vigore, relative alla clausola assicurativa. Per il resto, il fatto che il ricorrente abbia presumibilmente ignorato la modifica dell'art. 6 cpv. 1 LAI, entrata in vigore il 1° gennaio 2001, non è determinante per l'applicazione dell'art. 48 cpv. 2 1^a frase LAI (cfr. sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni, del 21 aprile 2005, nella causa I 296/04).

Pertanto, un eventuale diritto del ricorrente a prestazioni dell'assicurazione invalidità non può essere riconosciuto, in concreto, prima del 1° maggio 2004.

7.

Secondo le norme applicabili, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, un cittadino italiano deve adempiere, cumulativamente, le seguenti condizioni:

- essere invalido ai sensi della legge svizzera;

- aver versato contributi all'AVS/AI svizzera durante un anno intero almeno (art. 36 cpv. 1 LAI).

In concreto, è pacifico che il ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di un anno intero e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita.

8.

8.1 In conformità con l'art. 8 LPGA, è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 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). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1^{ter} LAI, 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 della Comunità europea 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 dell'assicurato si è stabilizzato; la seconda 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).

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 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA 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.

8.5 Giova ancora ricordare che, secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente la sua invalidità (sentenza del Tribunale federale I 147/01 del 9 maggio 2001; DTF 123 V 230 consid. 3c e DTF 117 V 275 consid. 2b). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel modo migliore possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa, se necessario in una nuova professione (sentenza del Tribunale federale I 543/03 del 27 agosto 2004; DTF 113 V 22 consid. 4a).

9.

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 (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 esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami 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 p. 109).

10.

10.1 In concreto, la decisione impugnata si fonda sul parere del servizio medico dell'UAIE, espresso dal dott. R._____, il quale ha formulato la sua valutazione del caso dopo avere preso conoscenza delle due perizie E 213 del dott. C._____ e del certificato di visita psichiatrica del CSL.

Nella sua ultima presa di posizione del 18 luglio 2007 (doc. 36), il dott. R._____ ha posto la diagnosi, con influenza sulla capacità lavorativa, di sindrome psicorganica del sistema nervoso centrale, deficit cognitivi e dell'affettività, paresi facciale a destra con esoftalmo, esiti di un grave trauma del cranio e depressione cronica, determinando un'incapacità lavorativa del 50% nell'attività abituale del ricorrente, con effetto dal 22 dicembre 1993.

Dal canto suo, il dott. C._____ ha formulato a due riprese, il 5 agosto 2005 e il 30 gennaio 2007 (doc. 18 e 30), una diagnosi pressoché identica a quella del dott. R._____, stabilendo tuttavia un grado d'invalidità dell'80%, mentre il CSL ha precisato, il 31 gennaio 2007 (doc. 33), la natura della sindrome psicorganica di cui soffre il ricorrente, caratterizzata da ansia, da un umore depresso, da una polarizzazione ipocondriaca e da un'auto-osservazione morbosa, con incidenza di media gravità.

10.2 Parallelamente agli apprezzamenti medici sopra riportati, è necessario ricordare che la CFR, nel suo giudizio del 22 gennaio 1997, aveva ritenuto la diagnosi di sindrome psicorganica da pregresso trauma cranio-facciale del 1977, con esiti di frattura della mandibola e esiti di paralisi del nervo facciale destro, artrosi cervico-dorso-lombare, spondilartrosi diffusa, displasia congenita dell'arto superiore destro, con gravi esiti di frattura dello stesso e gravissima limitazione funzionale, e ipovisus a destra. La CFR aveva pure confermato il grado d'invalidità dell'80%, stabilito dai medici italiani e dal servizio medico dell'UAIE.

10.3 Alla luce delle diagnosi appena esposte, che sono essenzialmente univoche, il collegio giudicante è dell'avviso che il grado d'invalidità del ricorrente non può essere valutato al 50%, come stabilito dal dott. R._____, ma deve essere piuttosto considerato pari all'80%, come risulta dal giudizio della CFR del 22 gennaio 1997 e

dalle due perizie E 213. Infatti, rispetto alla diagnosi e al grado d'invalidità ritenuti dalla CFR, il quale corrisponde a quello formulato nelle due perizie E 213, non ci sono elementi nell'incarto che permettano di affermare, secondo il principio della verosimiglianza preponderante, che lo stato di salute del ricorrente abbia subito un miglioramento tale, da dover considerare che il grado d'invalidità sia sceso al 50% e sia rimasto a questo livello nel periodo dal 30 maggio 2004 al 16 ottobre 2007. D'altronde, nelle due perizie E 213 è specificato che lo stato di salute del ricorrente è peggiorato e, benché sia riferita una potenziale capacità di svolgere lavori leggeri, peraltro non a tempo pieno, non vi è alcuna indicazione precisa in merito a tale possibilità. D'altro canto, occorre anche rilevare che il ricorrente non svolge più alcuna attività lucrativa dal 1988.

Ne discende che il ricorso deve essere accolto, nel senso dei considerandi, e la decisione dell'UAIE riformata.

11.

Di conseguenza, il ricorso deve essere accolto, la decisione impugnata riformata e al ricorrente deve essere riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità dal 1° maggio 2004.

12.

Secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono di regola messe a carico della parte soccombente.

In concreto, visto l'esito del ricorso, non sono prelevate spese processuali e l'anticipo di Fr. 300.-, versato l'8 aprile 2008, è retrocesso al ricorrente.

In conformità con l'art. 64 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente un'indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (spese ripetibili).

Visto l'esito del ricorso, è giustificato assegnare al ricorrente un'indennità per spese ripetibili di Fr. 1'000.-, da porre a carico dell'UAIE (art. 7 e segg. del Regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è accolto e la decisione dell'UAIE del 16 ottobre 2007 è riformata, nel senso che al ricorrente è riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità dal 1° maggio 2004.

2.

L'incarto è trasmesso all'UAIE affinché calcoli le prestazioni spettanti al ricorrente e versi gli arretrati.

3.

Non si prelevano spese processuali. Al ricorrente viene rimborsato l'importo di Fr. 300.-, versato l'8 aprile 2008.

4.

Al ricorrente è assegnata un'indennità per spese ripetibili di Fr. 1'000.-, a carico dell'UAIE.

5.

Comunicazione:

- al rappresentante del ricorrente (raccomandata/AR);
- all'autorità inferiore (n. di rif. 789.45.230.184);
- all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

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: