



Corte III
C-2737/2006/

{T 0/2}

Sentenza del 19 dicembre 2007

Composizione

Giudici Francesco Parrino (presidente del collegio),
Stefan Mesmer, Eduard Achermann,
cancelliera Paola Carcano.

Parti

G. _____,
rappresentato dal Patronato INAS, _____,
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

prestazioni dell'assicurazione invalidità.

Fatti:**A.**

G._____, cittadino italiano, nato il _____, ha lavorato in Svizzera dal 1971 al 1999 solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI), durante tale periodo. Dall'aprile 1998 era alle dipendenze dello Snack Bar "_____" di L._____ in qualità di cameriere responsabile; a causa di una ristrutturazione aziendale, il dipendente venne licenziato con effetto al 15 gennaio 1999, tuttavia si ammalò una settimana prima del congedo definitivo.

In data 18 aprile 2000, G._____ ha formulato una domanda volta al riconoscimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità.

L'Ufficio dell'assicurazione invalidità (UAI) del Cantone Ticino ha fatto allestire un'indagine specialistica presso il Servizio d'accertamento medico dell'invalidità (SAM) di Bellinzona. I sanitari incaricati, nella loro relazione del 9 agosto 2001, hanno rilevato: "diagnosi con influo sulla capacità lavorativa: status post adenocarcinoma del giunto retto-sigma (diagnosi posta il 7 dicembre 1999), stadio iniziale (...), resezione anteriore bassa del retto sigma e radiochemioterapia, disturbo distimico endoreattivo di media gravità, disturbo d'ansia generalizzato con agorafobia; diagnosi senza influo sulla capacità lavorativa: bronchite cronica, ipertensione arteriosa, blocco di branca destro incompleto all'ECG". I medici del SAM hanno rilevato un'incapacità al lavoro totale dal 30 novembre 1999 sia per l'affezione oncologica che per le turbe psichiche; dal 30 giugno 2000, l'assicurato era da considerarsi inabile al lavoro al 70% soprattutto per ragioni psichiatriche e, solo in parte, per le ragioni oncologiche. La valutazione è stata espressa considerando la sua attività di cameriere capo.

In esito a questo parere, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), mediante decisione del 15 gennaio 2002 ha erogato in favore del nominato una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a decorrere dal 1° dicembre 2002.

G._____, regolarmente rappresentato dal Patronato INAS di M1._____, ha impugnato il suddetto provvedimento amministrativo facendo valere di aver diritto alla rendita intera a decorrere dal mese di gennaio 2000, in quanto già dal mese di gennaio 1999 è stato assente dal lavoro per motivi di carattere psichiatrico e la sua Cassa malattia ha sempre riconosciuto tale incapacità al lavoro.

Con giudizio del 19 agosto 2002, la Commissione federale di ricorso in materia di AVS/AI per le persone residenti all'estero (CFR) ha rilevato che le condizioni di salute dell'assicurato erano già precarie da gennaio 1999, come peraltro riconosciuto altresì dalla Cassa malati, per cui, il ricorso è stato accolto ed a G._____ è stato riconosciuto il diritto ad una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, oltre alla rendita completiva in favore del figlio (M._____, nato l'_____), a decorrere dal 1° gennaio 2000. Le relative decisioni sono state emanate il 21 gennaio 2003 (doc. 42-2/42-12; 47-1/47-4).

B.

Nel settembre 2003, l'UAI del Cantone Ticino ha avviato la prevista procedura di revisione del diritto alla rendita. L'assicurato ha affermato di non svolgere alcuna attività lucrativa (doc. 48-1/48-2).

In un breve rapporto del 10 novembre 2003, il Dott. L1._____, medico di fiducia del nominato, ha attestato che il paziente non è più in grado di svolgere la propria attività di cameriere per le note patologie oncologiche e psichiche (doc. 49-1/49-1).

In un rapporto più particolareggiato del 9 marzo 2004, il Dott. L1._____ ha annotato che il paziente non segue alcuna terapia e non vi sono segni di ripresa neoplastica; attualmente, il paziente soffirebbe piuttosto di broncopneumopatia cronica ostruttiva ed ipertensione arteriosa (doc. 53-1).

L'assicurato è stato convocato per un visita medica presso il Servizio medico regionale (SMR) dell'UAI di Bellinzona. Alla visita l'interessato ha prodotto diversi documenti, quali: un referto TAC torace e mediastino del 25 febbraio 1999, due referti radiologici del torace del 30 luglio 2002 e dell'11 agosto 2003, i risultati di esami ematochimici dell'11 febbraio 2004 (doc. 56-1/57-4).

L'assicurato è stato visitato il 21 giugno 2004 dal Dott. L2._____, medico del Servizio medico regionale TI/GR (SMR). Nella sua

relazione del 22 giugno 2004, il medico incaricato ha rilevato la diagnosi di "stato dopo resezione di adenocarcinoma del giunto del rettosigma (diagnosi del 7 dicembre 1999) stadio iniziale PT3 n N1 M10, metastasi carcinomatose in 1 su 15 linfonodi locoregionali asportati con resezione anteriore bassa del rettosigma del 7 dicembre 1999, radiochemioterapia adiuvante, broncopatia cronica con presenza di bronchiectasie ed alterazioni enfisematose alle basi, sindrome depressiva ansiosa, attualmente regredita, esofagite da reflusso (gastroscopia del 19 marzo 2003), ipertensione arteriosa sotto trattamento". Il Dott. L2._____ evidenzia dapprima il miglioramento sul piano psichico posto che l'assicurato non assumerebbe più antidepressivi da tre mesi e non seguirebbe più colloqui di sostegno da due anni; vi è una progressione della sintomatologia polmonare, ma una guarigione sotto il profilo oncologico. Il medico del SMR reputa che l'interessato potrebbe svolgere, in modo completo, un lavoro leggero a determinate condizioni (non sollevare pesi oltre i 15-20 kg, non salire o scendere ripetutamente le scale per più di 2 piani; sono inoltre proibiti spostamenti veloci e spostamenti superiori ai 500 m in maniera ripetuta). Il suo rendimento sarebbe però ridotto, per un'aumentata necessità di interporre delle pause del 30% durante il lavoro (doc. 58-1/58-7).

L'incarto è quindi stato sottoposto in esame al Consulente in integrazione professionale (CIP). Nel suo rapporto del 3 gennaio 2005, il CIP ha valutato al 67% la perdita di guadagno dell'assicurato posto un reddito precedente l'invalidità (2004) di Fr. 76'004.-- ed un introito dopo l'insorgere dell'invalidità di Fr. 25'086.-- (già ridotto del 30% come da indicazione medica e del 10% per l'età e motivi personali) considerando i redditi medi relativi ad attività lavorative ben precise (doc. 60-1/60-4).

Mediante decisione di revisione del 3 febbraio 2005 l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha, pertanto, sostituito la rendita intera con tre quarti di rendita a decorrere dal 1° aprile 2005. Parimenti si è proceduto in merito alla rendita completiva erogata in favore del figlio. Le relative comunicazioni sono del 10 marzo 2005 (doc. 63-2/63-6; 68-1/69-2).

C.

Con tempestiva opposizione del 22 febbraio 2005 G._____, regolarmente rappresentato dal Patronato INAS di M1._____, ha chiesto l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo ed il ripristino del suo diritto ad una rendita d'invalidità intera anche successivamente al 1° aprile 2005 (doc. 64-1/64-2). A suffragio delle sue conclusioni ha esibito ulteriore documentazione medica e segnatamente: un certificato medico del 18 febbraio 2005 del Dott. L1._____ (giusta il quale il paziente è affetto da: esiti di carcinoma del retto-sigma; BPCO con insufficienza respiratoria cronica e scarsa resistenza a sforzi anche minimali; ipertensione arteriosa e spondilodiscoartrosi) ed un certificato medico del 22 febbraio 2005 della Dott.ssa M2._____ del Dipartimento di salute mentale del Presidio ospedaliero di M3._____ dell'Azienda Ospedaliera S._____ presso il quale l'assicurato è in cura dal 2001 per problemi psichici (doc. 64-5/64-7).

D.

In data 24 marzo 2005 (doc. 71-1) l'UAI del Cantone Ticino ha quindi sottoposto gli atti al Dott. L2._____, il quale, nel suo rapporto dell'8 aprile 2005 (doc. 72-1), ha osservato che la predetta nuova documentazione medica non fornisce elementi tali da modificare la sua precedente valutazione del 22 giugno 2004.

L'incarto è stato però nuovamente sottoposto in esame al Consulente in integrazione professionale (CIP) poiché, nel precedente calcolo del 3 gennaio 2005 aveva stabilito il reddito da invalido considerando i redditi medi relativi ad attività lavorative ben precise anziché applicare le tabelle riguardanti i redditi annui statistici. Nel suo rapporto del 13 dicembre 2005 (doc. 77-1/78-1), il CIP ha quindi rivalutato al 56% la perdita di guadagno dell'assicurato posto un reddito precedente l'invalidità (2004) di Fr. 76'004.-- ed un introito dopo l'insorgere dell'invalidità di Fr. 47'736.-- (già ridotto del 30% come da indicazione medica e del 10% per l'età e motivi personali) in applicazione delle tabelle riguardanti i redditi annui statistici del Cantone Ticino (valore mediano della categoria 4). Preso atto delle conclusioni relative al grado d'invalidità cui è giunto il CIP, l'UAIE ha comunicato in data 29 dicembre 2005 un avviso di possibile reformatio in pejus all'assicurato (doc. 80-1/80-3), contestato integralmente da quest'ultimo con scritto del 20 gennaio 2006 (doc. 81-1/81-2). In quest'occasione l'assicurato ha prodotto, a suffragio delle sue conclusioni, un certificato medico del

13 gennaio 2006 della Dott.ssa M2._____ del Dipartimento di salute mentale del Presidio ospedaliero di M3._____ dell'Azienda Ospedaliera S._____ presso il quale l'assicurato è in cura dal 2001 per problemi psichici di una certa entità ed un certificato medico del 17 gennaio 2006 del Dott. L1._____ giusta il quale il paziente (affetto da: esiti stabilizzati di carcinoma del retto sigma trattato con resezione anteriore; bronchiectasie diffuse a tutto l'ambito polmonare in quadro di BPCO con insufficienza respiratoria cronica, riacutizzata da sforzi di ordine minimo; nevrosi ansioso-depressiva reattiva di grado medio-grave) presenta un grado d'incapacità del 100% in qualsiasi attività lavorativa (doc. 81-4).

In data 24 gennaio 2006 (doc. 81-1) l'UAI del Cantone Ticino ha sottoposto gli atti al Dott. L2._____, il quale, nel suo rapporto del 25 gennaio 2006 (doc. 83-1), ha osservato che la predetta nuova documentazione medica non fornisce elementi tali da modificare la sua precedente valutazione del 22 giugno 2004 ed i limiti funzionali di allora.

Mediante decisione su opposizione del 15 marzo 2006, l'UAIE ha quindi respinto l'opposizione del 22 febbraio 2005 ed ha proceduto alla reformatio in pejus, nella misura in cui ha sostituito i tre quarti di rendita d'invalidità assegnati con decisione del 3 febbraio 2005 con una mezza rendita d'invalidità a partire dal secondo mese che segue la notifica della decisione in questione (doc. 88-1/88-6).

E.

Con gravame del 26 aprile 2006, pervenuto il giorno successivo alla CFR, G._____, regolarmente rappresentato dal Patronato INAS di M1._____, chiede l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il ripristino del suo diritto ad una rendita d'invalidità intera. A suffragio delle sue conclusioni produce: una relazione medico-legale del 10 aprile 2006 del Dott. L1._____ giusta il quale l'assicurato presenta un grado d'incapacità del 100% in qualsiasi attività lavorativa (doc. 91-10/91-14) ed una relazione medica del 14 aprile 2006 (doc. 91-4/91-9) del Dott. M1._____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, giusta il quale il paziente è affetto da disturbo di personalità dipendente ICD10-F60.7, sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di gravità media ICD10-F33.1, incremento della quota ansiosa e tratti di

vulnerabilità psicologica, motivi per cui il suo funzionamento socio-lavorativo risulta essere seriamente compromesso.

F.

Ricevuto il ricorso, l'amministrazione ha sottoposto gli atti al Dott. E._____ (medico del SMR), il quale, nella sua relazione del 22 maggio 2006, ha evidenziato che, in considerazione del rapporto del Dott. M1._____, si può riconoscere un nuovo peggioramento della problematica psichiatrica dell'assicurato a partire dal mese di aprile del 2006, precisando che l'esatto influsso di tale patologia sulla capacità lavorativa residua dello stesso dovrà essere accertato nuovamente in sede peritale (doc. 93-1/93-3).

L'Ufficio dell'assicurazione invalidità (UAI) del Cantone Ticino, nel suo preavviso del 30 maggio 2006 (doc. 94-1/94-3) e l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), nelle sue osservazioni responsive dell'8 giugno 2006, propongono la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono.

Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione, il Patronato INAS di M1._____, con scritto del 7 luglio 2006, ha ribadito l'intenzione del proprio assistito di mantenere il ricorso.

Ricevuta la replica, l'Ufficio dell'assicurazione invalidità (UAI) del Cantone Ticino, nel suo preavviso del 24 luglio 2006, e l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), nella sua duplice del 7 agosto 2006, propongono la reiezione dell'impugnativa.

G.

In data 1° gennaio 2007 il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha ripreso la procedura in oggetto pendente fino al 31 dicembre 2006 davanti alla Commissione federale di ricorso in materia di AVS/AI per le persone residenti all'estero (CFR).

In data 25 luglio 2007 il Tribunale amministrativo federale ha comunicato alle parti la composizione del collegio giudicante mentre il 26 ottobre 2007 è stata resa nota la sostituzione del cancelliere. Entro i termini impartiti non sono state presentate istanze di ricusa.

Diritto:**1.**

1.1 I ricorsi pendenti presso le Commissioni federali di ricorso o d'arbitrato o presso i servizi di ricorso dei dipartimenti il 1° gennaio 2007 sono trattati dal Tribunale amministrativo federale nella misura in cui è competente. È applicabile il nuovo diritto di procedura (cfr. art. 53 cpv. 2 della Legge federale sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 [LTAF, RS 173.32]).

1.2 In virtù dell'art. 31 LTAF, 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 agli art. 33 e 34 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate innanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della Legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).

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 e 6 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. 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.

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 di invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (ATFA causa I 435/02 consid. 2 del 2 febbraio 2003; Revue à l'attention des caisses de compensations (RCC) 1989 p. 330). Alla stessa maniera, dopo l'entrata in vigore dell'ALC, il grado di invalidità di un assicurato che pretende una rendita di assicurazione-invalidità svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

3. In virtù dell'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 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 LAI le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

Secondo l'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. Queste condizioni sono adempiute nella specie.

Il ricorso è tempestivo ed ossequioso dei requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGGA e 52 PA). Il gravame è dunque ricevibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

4.

4.1 Giusta l'art. 17 cpv. 1 LPGGA, corrispondente materialmente al precedente ed abolito art. 41 LAI, se il grado d'invalidità del beneficiario di una rendita d'invalidità subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modificazione importante del grado d'invalidità o di grande invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi, o allorchè si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modificazione del grado d'invalidità o della grande invalidità [art. 87 cpv. 2 dell'Ordinanza federale su l'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 (OAI, RS 831.201)]. 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 allorchè è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88 a cpv. 1 OAI). In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (RCC 1987 p. 38 consid. 1a e 1985 pag. 336). Il giudice delle assicurazioni sociali si determina secondo il principio della probabilità preponderanze, l'esistenza di una pura possibilità non è sufficiente né il dubbio deve essere interpretato in favore dell'interessato (DTF 121 V 208 consid. 6a, 115 V 142, consid. 8b; 113 V 312, consid. 3a). La riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto al più presto il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (art. 88^{bis} cpv. 2 lettera a OAI). Il punto di partenza per stabilire se il grado d'invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni è costituito dall'ultima decisione che ha esaminato materialmente il diritto alla rendita (DTF 133 V 108, consid. 5.4).

4.2 Conformemente alla giurisprudenza esposta al considerando 4.1, pertanto, il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 21 gennaio 2003 (data in cui l'UAIE ha riconosciuto a G._____ il diritto ad una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, oltre alla rendita completa in favore del figlio a decorrere dal 1° gennaio 2000: doc. 47-1/47-4) ed il 15 marzo 2006 (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 consid. 1.2 e 1.2.1).

4.3 Ai fini del presente giudizio occorre inoltre precisare che, per costante giurisprudenza, i fatti accaduti posteriormente (e che hanno modificato la situazione valetudinaria dell'assicurato) devono di regola formare oggetto di un nuovo procedimento amministrativo (DTF 129 V 4 consid. 1.2, DTF 127 V 467 consid. 1 e DTF 121 V 366 consid. 1b). Eccezionalmente, il giudice delle assicurazioni sociali può anche tener conto dei fatti intervenuti posteriormente, a condizione che questi ultimi siano stabiliti in modo sufficientemente preciso e nella misura in cui essi siano strettamente legati all'oggetto della causa e siano suscettibili di facilitare l'accertamento delle circostanze rilevanti (DTF 105 V 161 consid. 2d, DTF 103 V 53 consid. 1, DTF 99 V 101 consid. 4; RCC 1980 pag. 263, RCC 1974 pag. 192 consid. 4, RCC 1970 pag. 582 consid. 3). In questo contesto occorre tenere conto altresì relazione medico-legale del 10 aprile 2006 del Dott. L1._____ (doc. 91-4/91-14) e della relazione medica del 14 aprile 2006 del Dott. M1._____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, prodotte dall'assicurato con il gravame del 26 aprile 2006 nella misura in cui permettono di acclarare retrospettivamente lo stato di salute dell'assicurato nel periodo di riferimento. Pertanto tali rapporti sono rilevanti ai fini del presente giudizio.

5. 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; *Jurisprudence et pratique administrative* [Pratique VSI] 2001 p. 109).

6. Ai fini del presente giudizio occorre inoltre rilevare che, giusta l'art. 69 cpv. 2 della Ordinanza federale sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 (OAI, RS 831.201), l'Ufficio AI procura gli atti necessari, in particolare circa lo stato di salute, l'attività, la capacità di lavoro e l'idoneità all'integrazione. A tale scopo può domandare rapporti ed informazioni, ordinare perizie, eseguire sopralluoghi e consultare specialisti dell'aiuto pubblico e privato agli invalidi.

7.

7.1 Nel riconoscere il 21 gennaio 2003 il diritto ad una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità in favore dell'assicurato (oltre alla rendita completa in favore del figlio) l'amministrazione si è fondata su di una documentazione in base alla quale i sanitari incaricati del SAM, nella loro relazione del 9 agosto 2001, hanno rilevato: "diagnosi con influo sulla capacità lavorativa: status post adenocarcinoma del giunto retto-sigma (diagnosi posta il 7 dicembre 1999), stadio iniziale (...), resezione anteriore bassa del retto sigma e radiochemioterapia, disturbo distimico endoreattivo di media gravità, disturbo d'ansia generalizzato con agorafobia; diagnosi senza influo sulla capacità lavorativa: bronchite cronica, ipertensione arteriosa, blocco di branca destro incompleto all'ECG".

7.2 Nel sostituire il 15 marzo 2006 il diritto ad una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità in favore dell'assicurato (oltre alla rendita completa in favore del figlio) con una mezza rendita l'amministrazione si è fondata su di una relazione medica del 22

giugno 2004 del Dott. L2._____, del Servizio medico regionale TI/GR (SMR), che ha posto la diagnosi di "stato dopo resezione di adenocarcinoma del giunto del rettosigma (diagnosi del 7 dicembre 1999) stadio iniziale PT3 n N1 M10, metastasi carcinomatose in 1 su 15 linfonodi locoregionali asportati con resezione anteriore bassa del rettosigma del 7 dicembre 1999, radiochemioterapia adiuvante, broncopatia cronica con presenza di bronchiectasie ed alterazioni enfisematose alle basi, sindrome depressiva ansiosa, attualmente regredita, esofagite da reflusso (gastroscopia del 19 marzo 2003), ipertensione arteriosa sotto trattamento" sulla scorta di un colloquio (di ca. 90 minuti) avuto con l'assicurato il giorno precedente. Nei suoi rapporti dell'8 aprile 2005 e del 25 gennaio 2006 il Dott. L2._____ ha, inoltre, confermato la predetta valutazione.

Il 18 febbraio 2005 il Dott. L1._____ ha attestato che l'assicurato è affetto da: esiti di carcinoma del retto-sigma; BPCO con insufficienza respiratoria cronica e scarsa resistenza a sforzi anche minimali; ipertensione arteriosa e spondilodiscoartrosi; mentre il 22 febbraio 2005 ed il 13 gennaio 2006 la Dott.ssa M2._____ ha precisato che l'assicurato è in cura presso il Dipartimento di salute mentale del Presidio ospedaliero di M3._____ dell'Azienda Ospedaliera S._____ dal 2001 per problemi psichici di una certa entità. Il 17 gennaio 2006, inoltre, il Dott. L1._____ ha precisato la diagnosi (attestando che l'assicurato è affetto da: esiti stabilizzati di carcinoma del retto sigma trattato con resezione anteriore; bronchiectasie diffuse a tutto l'ambito polmonare in quadro di BPCO con insufficienza respiratoria cronica, riacutizzata da sforzi di ordine minimo; nevrosi ansioso-depressiva reattiva di grado medio-grave) come pure le conseguenze invalidanti (segnatamente ponendo un tasso di invalidità totale in qualsiasi attività lavorativa). Ciò che è stato pure confermato nella sua relazione medico-legale del 10 aprile 2006. Infine, il 14 aprile 2006 il Dott. M1._____, specialista FMH in psichiatria e psicoterapia, ha precisato ulteriormente la diagnosi attestando che l'assicurato è affetto da disturbo di personalità dipendente ICD10-F60.7, sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di gravità media ICD10-F33.1, incremento della quota ansiosa e tratti di vulnerabilità psicologica, motivi per cui il suo funzionamento socio-lavorativo risulta essere seriamente compromesso.

In sede ricorsuale, il Dott. E._____, dell'UAI, ha rilevato che i nuovi

documenti medici attestavano un peggioramento della problematica psichica ma soltanto a partire dall'aprile 2006.

7.3 Ora, il collegio giudicante rileva che la documentazione medica obiettiva concernente lo stato di salute psichico dell'assicurato a disposizione del medico dell'UAI (Dott. L2._____) al momento del colloquio del 21 giugno 2004 (durato ca. 90 minuti) appare, invero, lacunosa, riducendosi sostanzialmente a qualche dichiarazione resa dallo stesso. Le conseguenti deduzioni operate dal medico dell'amministrazione, infatti, non sono fondate su alcun rapporto medico specialistico relativo ai problemi psichici di cui soffre l'assicurato in cura dal 2001 presso il Dipartimento di salute mentale del Presidio ospedaliero di M3._____ dell'Azienda Ospedaliera S._____. Motivi questi per cui il medico dell'amministrazione nei suoi rapporti non fornisce un'opinione chiara e sufficientemente motivata sulle condizioni di salute (segnatamente, psichica) del ricorrente e, di conseguenza, neppure un'indicazione debitamente circostanziata e motivata in merito alla loro eventuale incidenza invalidante. Stante quanto precede, la relazione medica del 22 giugno 2004 non è sufficientemente suffragata da documenti medici oggettivi e, pertanto, non ossequia sufficientemente i principi posti dalla costante giurisprudenza esposta al considerando 5. Parimenti dicasi per i rapporti dell'8 aprile 2005 e del 25 gennaio 2006 in cui il Dott. L2._____ si è sostanzialmente limitato a confermare, invero genericamente, l'anzidetta valutazione. Il collegio giudicante non può quindi condividere le conclusioni a cui giunge né d'altronde ritiene di poter considerare concludenti le valutazioni ivi espresse.

Viceversa, il collegio giudicante non intravede ragioni che gli impediscano di fare proprie le conclusioni cui sono pervenuti la Dott.ssa M2._____, nei suoi certificati medici del 22 febbraio 2005 e del 13 gennaio 2006, ed il Dott. M1._____, nella sua relazione medica del 14 aprile 2006, dato che loro hanno compiutamente valutato il danno alla salute lamentato dall'assicurato sulla base di accertamenti approfonditi e completi. I loro rapporti medici sono stati redatti con conoscenza della pregressa vicenda valetudinaria (anamnesi) e sono chiari nella presentazione del contesto medico ed, infine, le conclusioni a cui giungono sono logiche e motivate. In quest'ottica pertanto i predetti rapporti medici ossequiano ampiamente i principi posti dalla costante giurisprudenza esposta al considerando 5 e consentono di addivenire ad un chiaro ed attendibile giudizio sullo

stato di salute (segnatamente psichico) dell'assicurato.

Stante quanto precede, il collegio giudicante ritiene che l'amministrazione non ha dimostrato con la certezza richiesta nel campo delle assicurazioni sociali (cfr. consider. 4.1) che la situazione invalidante dell'assicurato in particolare, da un punto di vista psichico sia migliorata nel periodo di riferimento. Pertanto il gravame deve essere accolto. La decisione impugnata è quindi riformata nel senso che G._____ ha diritto ad una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, oltre alla rendita completa in favore del figlio (M._____, nato l'_____), a decorrere dal 1° aprile 2005.

8.

8.1 Poiché nella presente procedura si tratta di decidere il riconoscimento rispettivamente il rifiuto di prestazioni assicurative, non vengono prelevate spese processuali (art. 69 cpv. 2 LAI nella versione in vigore fino al 30 giugno 2006).

8.2 In base all'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.

Nel caso in esame, visto l'esito del gravame, alla parte ricorrente è assegnata un'indennità per spese ripetibili di franchi 1'000.-- a carico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è accolto e la decisione impugnata riformata nel senso che G._____ ha diritto ad una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a decorrere dal 1° aprile 2005.

2.

Gli atti sono rinviati all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero perchè calcoli il montante delle prestazioni spettanti al ricorrente e versi i relativi arretrati.

3.

Non si percepiscono spese di procedura.

4.

Alla parte ricorrente è riconosciuta un'indennità per spese ripetibili di franchi 1'000.--, la quale viene posta a carico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero.

5.

Comunicazione a:

- rappresentante del ricorrente (atto giudiziario),
- autorità inferiore (n. di rif. _____),
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Francesco Parrino

Paola Carcano

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, nella misura in cui sono rispettate le condizioni di cui agli 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, i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: