

BVGer C-1999/2019 vom 11. August 2020

Bundesverwaltungsgericht, 2020-08-11, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-1999_2019

FR: TAF C-1999/2019 du 11 août 2020

IT: TAF C-1999/2019 del 11 agosto 2020

Regeste

Revisione della rendita

Erwägungen

E. 1.1

Il Tribunale amministrativo federale (TAF) esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (art. 7 cpv. 1 PA; DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti). Il Tribunale amministrativo federale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per le persone residenti all'estero (UAIE).

E. 1.2

La procedura dinanzi al Tribunale amministrativo federale è retta dalla PA, in quanto la LTAF non disponga altrimenti (art. 37 LTAF). In virtù dell'art. 3 lett. dbis PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la LPGA (RS 830.1). Secondo l'art. 2 LPGA, le disposizioni della legge stessa 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-26bis e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA. Secondo le regole generali del diritto intertemporale, si applicano le norme procedurali in vigore al momento dell'esame del ricorso (DTF 130 V 1 consid. 3.2).

E. 1.3

Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA e art. 48 cpv. 1 PA), il ricorso è stato interposto tempestivamente (art. 60 LPGA e art. 50 cpv. 1 PA) e rispetta i requisiti previsti dalla legge (art. 52 cpv. 1 PA) ed altresì l'anticipo relativo alle spese processuali è stato versato nel termine impartito. Il ricorso è pertanto ammissibile.

E. 2

Oggetto del contendere, nel caso in esame, è la soppressione, a decorrere dal 30 aprile 2014, della rendita intera d'invalidità erogata in favore di A._____ dal 1° settembre 1999.

E. 2.1.1

Al riguardo si rammenta che l'incarto era stato rinviato all'istanza inferiore essendo l'accertamento dei fatti rilevanti da un punto di vista medico lacunoso in più punti (cfr. sentenza del TAF menzionata consid. 24.2). Era stato riscontrato, in primo luogo, l'assenza

di un accertamento specialistico pluridisciplinare relativo allo stato di salute e alla capacità lavorativa dal settembre 2011, momento in cui era stata esperita la perizia pluridisciplinare, fino alla data della decisione impugnata (6 marzo 2014). In secondo luogo gli accertamenti esperiti dal SAM erano stati considerati incompleti, in quanto non rispettosi dei dettami della giurisprudenza pubblicata in DTF 141 V 281 e pertanto da sostituire integralmente. Il TAF aveva quindi auspicato che dai nuovi accertamenti - in ambito internistico, reumatologico, psichiatrico e neurologico - si potesse dedurre in modo chiaro l'eventuale diagnosi di disturbo somatoforme da dolore persistente (consid. 23.2.1) così come la sua evoluzione, i limiti funzionali della stessa, con particolare riferimento agli indicatori introdotti dalla nuova giurisprudenza del Tribunale federale, l'evoluzione delle patologie statiche e degenerative della colonna cervicale e lombare, delle ulteriori patologie dell'apparato scheletrico così come le conseguenze sulla capacità lavorativa. Dai nuovi referti doveva altresì emergere l'eventuale diagnosi psichiatrica (con indicazione della relativa classificazione internazionale) e le conseguenze del danno alla salute sulla capacità lavorativa così come infine una valutazione interdisciplinare della capacità lavorativa residua concordata tra i periti.

E. 2.1.2

Il TAF aveva quindi chiesto all'amministrazione di statuire nuovamente, sulla base dei nuovi accertamenti specialistici, sul grado di invalidità dell'assicurata e quindi sull'eventuale necessità di procedere ad un riesame rispettivamente una revisione della rendita, oltre che sull'eventuale necessità di porre in atto dei provvedimenti integrativi, al fine di verificare se, l'eventuale capacità lavorativa residua era realizzabile in un mercato del lavoro equilibrato (consid. 24.2).

E. 2.2

L'autorità inferiore, che nel corso del 2010 aveva avviato la procedura di revisione alla luce dell'art. 17 LPGA, con decisione del 6 marzo 2014 (doc. 157) ha tuttavia soppresso la rendita fondandosi sulle disposizioni finali della 6a revisione della LAI (modifica del 18 marzo 2011, in vigore dal 1° gennaio 2012), ritenuto che la situazione di salute non giustificava più l'erogazione della rendita. Dopo aver approntato gli ulteriori accertamenti ordinati del TAF (consid. 2.1) ed essendo giunto alla conclusione che il danno alla salute non comportava alcuna conseguenza invalidante, l'UAIE ha confermato, con la decisione impugnata, la soppressione della rendita per gli stessi motivi.

E. 2.3.1

L'assicurata ha contestato innanzitutto la decorrenza della soppressione della rendita intera. Essa ritiene che essendo stata annullata dal TAF (inc. C-2090/2014), la decisione del 6 marzo 2014 non abbia prodotto alcun effetto. Di conseguenza, potendo la soppressione della rendita avvenire, a tenore dell'art. 88bis cpv. 2 let. a OAI, unicamente a decorrere dalla fine del mese successivo a quello dell'intimazione della decisione del 18 marzo 2019 e non retroattivamente, ciò potrebbe realizzarsi al più presto il 1° maggio 2019.

E. 2.3.2

La ricorrente censura inoltre gli accertamenti medici su cui si è fondata l'autorità inferiore, non ritenendo esservi alcun miglioramento dello stato di salute ai sensi dell'art. 17 LPGA. Essa contesta poi che la fattispecie possa essere esaminata sotto il profilo della lett. a delle disposizioni finali della 6a revisione della LAI, ritenendo che tutte le limitazioni individuate a suo carico sono oggettivamente dal profilo medico.

E. 3

La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea e risiede in Italia, per cui è applicabile, di principio, l'Accordo del 21 giugno 1999 tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. L'allegato II ALC prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, dal 1° aprile 2012, 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 (art. 1 cpv. 1 Allegato II ALC in relazione con la Sezione A dell'Allegato II ALC). Il Regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dai regolamenti (UE) n. 1244/2010 (RU 2015 343), n. 465/2012 (RU 2015 345) e n. 1224/2012 (RU 2015 353), applicabili nelle relazioni tra la Svizzera e gli Stati membri dell'Unione europea a decorrere dal 1° gennaio 2015. Tuttavia, anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (art. 46 cpv. 3 del Regolamento n. 883/2004 in relazione con l'Allegato II del regolamento medesimo; DTF 130 V 253 consid. 2.4).

E. 4.1

Dal profilo temporale si applicano le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 con rinvii, nonché 129 V 1 consid. 1.2). Se le disposizioni legali si sono modificate nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

E. 4.2

Contestata, in concreto, è la soppressione del diritto alla rendita intera d'invalidità con effetto dal 31 aprile 2014. Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6a revisione della LAI in vigore dal 1° gennaio 2012 e le successive (RU 2011 5659; FF 2010 1603) pur non comportanti cambiamenti rispetto al diritto precedente in merito alla valutazione dell'invalidità, entrate in vigore fino alla data delle decisioni impugnate.

E. 5

Nell'ambito delle assicurazioni sociali, la procedura è retta dal principio inquisitorio (art. 43 cpv. 1 LPG). Il Tribunale amministrativo federale applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA) o dai considerandi della decisione impugnata. In altri termini, il ricorso potrebbe essere accolto per ragioni diverse da quelle addotte dal ricorrente o respinto in virtù d'argomenti che la decisione impugnata non ha preso in considerazione (DTF 134 III 102 consid. 1.1; 133 V 515 consid. 1.3; DTAF 2013/46 consid. 3.2). Il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente (art. 12 PA; DTF 136 V 376 consid. 4.1.1). Sempre che la legge non disponga diversamente, il Tribunale statuisce secondo il grado di prova della verosimiglianza preponderante. Deve ritenere un fatto provato, soltanto quando è convinto della sua esistenza (DTF 138 V 218 consid. 6). Le parti

sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) e a motivare il ricorso (art. 52 PA). Ne consegue che l'autorità di ricorso adita si limita di principio ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui gli argomenti delle parti o l'esame dell'incarto ne diano sufficiente motivo (sentenza del TAF C-3146/2015 dell'11 maggio 2018 consid. 4 con rinvii).

E. 6.1

L'UAIE ha pronunciato il 18 marzo 2019 una decisione di revisione della rendita fino ad allora accordata alla ricorrente, in virtù della lett. a cpv. 1 delle disposizioni finali della 6a revisione della LAI.

E. 6.2

La lett. a cpv. 1 delle disposizioni finali della modifica del 18 marzo 2011 della LAI prevede che le rendite assegnate sulla base di una sindrome senza patogenesi o eziologia chiare e senza causa organica comprovata sono riesaminate entro tre anni dall'entrata in vigore, al 1° gennaio 2012, della menzionata modifica e ridotte o soppresse, se le condizioni di cui all'art. 7 LPGa non sono soddisfatte, in quanto l'incapacità al lavoro è obiettivamente superabile, anche in assenza di un cambiamento notevole, ai sensi dell'art. 17 LPGa, dello stato di salute o della situazione lavorativa rispetto al momento in cui la rendita è stata assegnata (DTF 139 V 547 consid. 2.1).

E. 6.3

Secondo giurisprudenza, sono fra l'altro considerate sindromi senza patogenesi o eziologia chiare i disturbi da dolore somatoforme, la fibromialgia, l'anestesia e la perdita sensoriale dissociative, la sindrome da fatica cronica, la nevralgia, i disturbi dissociativi dell'attività motoria, l'ipersonnia non organica, la modifica duratura della personalità per sindrome da dolore cronico ed il traumatismo cervicale di contraccollo (colpo di frusta) (DTF 140 V 8 consid. 2.2.1.3 e 139 V 547 consid. 2.2). Non sono considerati, per contro, sindromi senza patogenesi o eziologia chiare, i disturbi per i quali può essere formulata una diagnosi chiara basata su esami clinici psichiatrici, quali ad esempio le depressioni, la schizofrenia, i disturbi ossessivo-compulsivi, i disturbi dell'alimentazione, i disturbi ansioso-fobici od i disturbi della personalità (DTF 139 V 547 consid. 7.1.4; Circolare dell'UFAS sulle disposizioni finali della modifica del 18 marzo 2011 della LAI cifra 1002 seg).

E. 6.4

Una rendita d'invalidità può essere ridotta o soppressa, ai sensi della menzionata lett. a delle disposizioni finali, se è stata assegnata in base ad una diagnosi di una sindrome senza patogenesi o eziologia chiare e senza causa organica comprovata e questo quadro clinico sussiste al momento della revisione (DTF 139 V 547 consid. 10.1.1 e 10.1.2). Una sindrome senza patogenesi o eziologia chiare può talvolta avere anche una causa organica. Tuttavia, l'applicabilità delle disposizioni finali dipende dal danno alla salute determinante per la concessione della rendita (sentenza del TF 9C_379/2013 consid. 3.2).

E. 6.5

Qualora una rendita d'invalidità sia stata assegnata non solo per disturbi senza patogenesi chiara, ma anche per disturbi spiegabili, alla valutazione delle sindromi non chiare è applicabile l'indicata lett. a cpv. 1 delle disposizioni finali (DTF 140 V 197 consid. 6.2.3). Una revisione ai sensi delle disposizioni finali è tuttavia possibile solo laddove i disturbi spiegabili possono essere separati da quelli non chiari, nel senso che sono state determinate

le rispettive incapacità lavorative (DTF 140 V 197 consid. 6.2.3). Inoltre, il Tribunale federale ha precisato che qualora i sintomi somatici si limitano ad accentuare gli effetti dei disturbi senza patogenesi o eziologia chiare e non si sia in presenza di una fattispecie mista chiaramente delimitabile, una revisione ex lett. a cpv. 1 delle disposizioni finali della modifica del 18 marzo 2011 della LAI resta possibile (cfr. sentenza del Tribunale federale 9C_619/2017 del 28 giugno 2018 consid. 3).

E. 6.6

Nella sentenza 8C_773/2013 del 6 marzo 2014, inoltre, il Tribunale federale ha sottolineato che, nell'ambito della revisione di una rendita in virtù della lett. a delle disposizioni finali della 6a revisione della LAI, l'esame medico specialistico fornisce un importante elemento di giudizio per determinare se un disturbo psichico sia oggettivabile, o meno, dal profilo patologico ed eziologico. Gli esperti devono in particolare spiegare per quale motivo è stata diagnosticata una sindrome senza patogenesi o eziologia chiare. Devono altresì accertare se lo stato di salute è eventualmente peggiorato dal momento in cui è stata attribuita la rendita e se, oltre a quella di disturbi non oggettivabili, è possibile formulare una diagnosi chiara basata su esami clinici psichiatrici. L'esame medico deve inoltre fornire un quadro aggiornato della situazione dell'assicurato al momento della revisione e rispondere alle questioni giuridicamente rilevanti. In presenza di siffatto accertamento medico, solo dopo aver effettuato un tentativo di (re)integrazione sul mercato equilibrato del lavoro, l'Ufficio AI potrà decidere se sia esigibile per l'assicurato la ripresa di un'attività lucrativa, tenuto altresì dei fattori soggettivi ed oggettivi del caso, fra i quali, segnatamente l'età e la durata dell'incapacità di guadagno (sentenza 8C_773/2014 consid. 4.3.1 e 4.3.2 nonché DTF 139 V 547 consid. 9.2 e 10.1.2, v. anche sentenza del TAF C-3804/2014 del 21 settembre 2015 consid. 7).

E. 6.7

Il cpv. 4 della lett. a delle suddette disposizioni finali stabilisce peraltro che non sottostanno ad un riesame le rendite d'invalidità delle persone che al momento dell'entrata in vigore della suddetta modifica hanno compiuto i 55 anni o che al momento in cui è avviata la procedura di riesame percepiscono una rendita d'invalidità svizzera da oltre 15 anni (DTF 139 V 547 consid. 9.3). Secondo giurisprudenza, per calcolare da quanti anni una rendita d'invalidità è versata, determinante è la data dell'inizio del diritto alla rendita e non la data della decisione di assegnazione della rendita (DTF 139 V 442 consid. 3 e 4). Con l'espressione "al momento in cui è avviata la procedura di revisione", si intende il momento in cui, secondo il grado della verosimiglianza preponderante, la revisione è stata effettivamente iniziata, ma non il momento in cui l'Ufficio AI ha informato l'assicurato che la rendita d'invalidità sarebbe stata soppressa (sentenze del TF 8C_576/2014 del 20 novembre 2014 consid. 4.3.2 e 8C_773/2013 del 6 marzo 2014 consid. 4.3.2). Inoltre, se la procedura di revisione è stata avviata prima del 1° gennaio 2012, data dell'entrata in vigore delle disposizioni finali, questa data costituisce il punto di collegamento fittizio per stabilire la durata determinante della riscossione della rendita (DTF 140 V 15 consid. 5.3.5 e sentenza del TF 8C_576/2014 consid. 4.3.2).

E. 6.8

Infine, secondo il cpv. 2 lett. a delle disposizioni finali, l'assicurato la cui rendita è ridotta o soppressa ha diritto ai provvedimenti di reintegrazione di cui all'art. 8a LAI. Durante l'esecuzione dei provvedimenti di reintegrazione, l'assicurato continua a percepire la rendita

fino alla conclusione degli stessi, ma al massimo per due anni dal momento della riduzione o soppressione della rendita (cpv. 3 lett. a delle disposizioni finali).

E. 6.9

Va inoltre aggiunto che il riesame in virtù della citata disposizione è ammissibile anche se la rendita è stata assegnata solo parzialmente, come nel caso in esame (consid. 7), in seguito ad una diagnosi di sindrome senza patogenesi chiara (DTF 140 V 197 consid. 6.2.3). Il medesimo quadro clinico deve tuttavia sussistere anche al momento della revisione (DTF 139 V 547, 569 consid. 19).

E. 7.1

Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni (DTF 140 V 356 consid. 3.1, 139 V 496 consid. 4.4 e 137 V 64 consid. 2).

E. 7.2

Secondo costante giurisprudenza, i referti affidati dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo avere preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non vi siano indizi concreti atti a mettere in dubbio la loro affidabilità (DTF 137 V 210 consid. 6.2.4; 134 V 231 consid. 5.1 con rinvii; 125 V 351 [sul valore probatorio attribuito ai rapporti interni del servizio medico, cfr. DTF 135 V 254 consid. 3.3 e 3.4]).

E. 7.3

Per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie (sentenza del TF 8C_632/2013 del 18 febbraio 2014 consid. 1.2). Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (sentenza del TF 9C_66/2013 del 1° luglio 2013 consid. 4 nonché relativi riferimenti).

E. 7.4

Una perizia psichiatrica è, di regola, necessaria quando si tratta di pronunciarsi sull'incapacità lavorativa che i disturbi da dolore somatoforme rispettivamente le patologie assimilate a questi ultimi, quali la fibromialgia, sono in grado di causare (DTF 137 V 64 consid. 4 e 5 e 130 V 353 consid. 2.2.2). Sebbene la diagnosi di fibromialgia sia posta da uno specialista reumatologo, occorre pure esigere il concorso di uno specialista in psichiatria, tanto più che i fattori psicosomatici hanno un'influenza determinante sullo sviluppo di detta patologia. Una perizia pluridisciplinare che tenga conto sia degli aspetti reumatologici che degli aspetti psichici sembra costituire di principio una misura

d'istruzione adeguata al fine di stabilire se l'assicurato presenta uno stato doloroso di una gravità tale che la messa a profitto della sua capacità al lavoro in un mercato del lavoro equilibrato non sia più esigibile o lo sia solo parzialmente (DTF 132 V 65 consid. 4.3).

E. 7.5

Secondo una giurisprudenza del Tribunale federale, risalente al 2004, i disturbi da dolore somatoforme ed i disturbi derivanti da affezioni psicosomatiche assimilate a questi ultimi potevano essere sormontati facendo gli sforzi personali ragionevolmente esigibili e non erano atti a determinare una limitazione di lunga durata della capacità lavorativa suscettibile di cagionare un'invalidità. In tale ambito, una persona era ritenuta incapace di fare simili sforzi ed era considerata invalida solo qualora presentava una comorbidità psichica importante ed adempiva determinati criteri (detti di Foerster; DTF 132 V 65 consid. 4 e 130 V 352 consid. 2.2.3).

E. 7.6

Con la sentenza 9C_492/2014 del 3 giugno 2015, pubblicata in DTF 141 V 281, il Tribunale federale ha modificato la propria giurisprudenza, abbandonando la presunzione secondo cui i disturbi da dolore somatoforme possono essere superati con uno sforzo di volontà ragionevolmente esigibile da parte della persona che ne è affetta (questa presunzione implicava peraltro il presupposto che l'incapacità di compiere simili sforzi comportava sempre e solo una completa incapacità al lavoro; consid. 3.4.2.2) e stabilendo che la capacità lavorativa esigibile di una persona che soffre di disturbi da dolore somatoforme oppure di un'affezione psicosomatica assimilata a questi ultimi (consid. 4.2) deve essere valutata sulla base di una visione d'insieme, nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti normativa strutturata atta a stabilire, da un lato, i fattori invalidanti e, dall'altro, le risorse della persona (consid. 3.4, 3.5 e 3.6).

E. 7.7

Il Tribunale federale ha stabilito degli indicatori per la valutazione del carattere invalidante delle affezioni psicosomatiche, suddividendoli in due categorie (consid. 4.1.3): A. Categoria "gravità funzionale" a. Complesso "danno alla salute" i. Risultati e sintomi rilevanti per la diagnosi ii. Successo od insuccesso del trattamento iii. Successo od insuccesso della reintegrazione iv. Comorbidità b. Complesso "personalità" (diagnosi della personalità, risorse personali) c. Complesso "contesto sociale" B. Categoria "coerenza" (aspetti del comportamento) a. Limitazione uniforme dei livelli di attività in tutti gli ambiti della vita paragonabili b. Sofferenza dimostrata secondo l'anamnesi in vista di un trattamento di una reintegrazione. Gli indicatori della categoria "gravità funzionale" costituiscono la base della valutazione del caso concreto, le cui conclusioni dovranno poi essere analizzate nell'ambito della valutazione del caso secondo gli indicatori della categoria "coerenza", tenendo altresì conto delle circostanze particolari della fattispecie. Il catalogo di indicatori è peraltro destinato a modificarsi in relazione agli sviluppi delle conoscenze scientifiche (consid. 4.1.1 e 4.3).

E. 7.8

Per quanto attiene ai menzionati indicatori per la valutazione del caso, il Tribunale federale ha ritenuto che bisognerà tener conto maggiormente degli effetti delle affezioni psicosomatiche sulla capacità della persona di esercitare il proprio lavoro e di compiere gli atti della vita quotidiana. Nell'ambito della diagnosi, si dovrà prendere in considerazione il fatto che una diagnosi di disturbo da dolore somatoforme implica un certo grado di gravità

(consid. 4.3.1.1). Lo svolgimento e l'esito dei trattamenti terapeutici e delle misure di reintegrazione professionale forniranno altresì delle indicazioni sulle conseguenze delle affezioni psicosomatiche (consid. 4.3.1.2). Bisognerà prendere in considerazione anche le risorse personali della persona in rapporto alla sua personalità ed al contesto sociale in cui vive (consid 4.3.2 e 4.3.3). Sarà altresì determinante la questione di sapere se le limitazioni funzionali si manifestano nello stesso modo in tutti gli ambiti della vita (lavoro e tempo libero) e se la sofferenza implica il ricorso alle offerte terapeutiche esistenti (consid. 4.4 a 4.4.2).

E. 7.9

Il Tribunale federale ha comunque sottolineato che la nuova giurisprudenza non implica alcuna modifica del presupposto, di cui all'art. 7 cpv. 2 LPGA, secondo cui sussiste un'incapacità al guadagno suscettibile di cagionare un'invalidità soltanto se la stessa non è obiettivamente superabile. La nuova giurisprudenza non pregiudica altresì la necessità di riscontri oggettivi. Le valutazioni e le limitazioni soggettive che non sono spiegabili dal profilo medico non potranno essere considerate quali danni alla salute invalidanti, fermo restando che in tali casi di frequente non è seguito alcun trattamento adeguato (consid. 3.7.1). Pertanto, il Tribunale federale ha confermato che occorre partire dal presupposto che la persona che soffre di un'affezione psicosomatica sia valida (consid. 3.7.2).

E. 7.10

Nella sentenza 9C_899/2014 del 29 giugno 2015, il Tribunale federale ha poi precisato che, dal profilo medico, deve essere spiegato per quale motivo le limitazioni funzionali riscontrate giustificano una limitazione della capacità lavorativa, conto tenuto dello sforzo di volontà ragionevolmente esigibile, secondo gli indicatori stabiliti (sentenza del TF 9C_899/2014 del 29 giugno 2015 consid. 3.2). Un disturbo da dolore somatoforme od una patologia psicosomatica assimilata a quest'ultimo comportano un'invalidità, nella misura in cui le limitazioni funzionali di uno stato di salute accertato dal profilo medico sono dimostrate, secondo gli indicatori stabiliti, in modo convincente e senza contraddizioni, perlomeno nel senso della verosimiglianza preponderante. In caso contrario, la persona assicurata sopporta le conseguenze dell'assenza di prova (sentenze del TF 9C_492/2014 consid. 6 e 9C_899/2014 consid. 3.2).

E. 7.11

Quanto agli effetti transitori della nuova giurisprudenza, il Tribunale federale ha osservato che la giurisprudenza concernente i requisiti di una perizia medica, di cui alla DTF 137 V 210 consid. 6, mantiene la propria validità, nel senso che le perizie mediche eseguite secondo i precedenti criteri non perdono necessariamente il loro valore probatorio. Nel singolo caso, occorre però esaminare, conto tenuto delle particolarità del caso e delle censure sollevate, se i documenti medici agli atti permettono una valutazione convincente del caso secondo gli indicatori stabiliti. Se del caso, un complemento della perizia medica può essere sufficiente (DTF 141 V 281 consid. 8).

E. 8.1

Questo Tribunale rileva che la rendita intera di cui la ricorrente ha beneficiato dal 1° settembre 1999 (decisione dell'UAI-B. _____ del 29 ottobre 2002), era stata assegnata principalmente sulla base di affezioni senza patogenesi o eziologia chiare e senza una chiara causa organica comprovata, essendo stata posta la diagnosi di sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F-45.4) "bei eher einfach strukturierte Persönlichkeit", che si

manifesta in parte anche sotto forma di fibromialgia, a causa della quale era stata riconosciuta un'incapacità lavorativa del 50% in qualsiasi attività dalla metà del 1997 (cfr. perizia del 18 giugno 2001 del dott. C._____ [doc. 2 pp. 5-11]; consid. A.b.b). Erano state per contro ritenute senza influsso sulla capacità lavorativa in un'attività confacente allo stato di salute le patologie somatiche riscontrate in ambito reumatologico ("generalisiertes Schmerzsyndrom, chronisches Lumbovertebralsyndrom bei Wirbelsäulenfehlform und muskulärer Dysbalance, femoropatellares Schmerzsyndrom bds, Verdacht auf somatoforme Schmerzkomponente bei psychosozialer Belastungssituation, Spreizfüsse bds, St. nach Karpaltunneloperation bds 2/97, St. nach Tendovaginitis de Quervan rechts 1998"; si cfr. perizia reumatologica dell'8 febbraio 2001 condotta presso il Felixplatterspital di B._____ [doc. 2 pp. 12-19]).

E. 8.2

Nel 2006 è stato confermato il diritto alla rendita intera (doc. 25). L'amministrazione si è sostanzialmente fondata sulla perizia medica particolareggiata del 12 gennaio 2006 (E 213, doc. 12), da cui è emerso che l'assicurata soffriva di una sindrome fibromialgica primaria, segni di spondilosi (osteoartrosi generalizzata) e disturbo d'ansia generalizzato con note di depressione. Il medico ha tuttavia attestato una situazione migliorata rispetto alla precedente visita (doc. 12 pag. 8), ed un'invalidità secondo il diritto italiano del 50% in un'attività adeguata o nella precedente attività.

E. 9.1

Nella perizia pluridisciplinare del 31 agosto 2011, ordinata nel contesto della revisione avviata nel 2010, i periti hanno posto la diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa di "lieve sintomatologia ansiosa" (non catalogata nell'ICD-10 e a detta del dott. F._____, specialista in psichiatria e psicoterapia, in combinazione con la sindrome somatoforme da dolore persistente [ICD-10 F45.4]). Senza influenza sulla capacità lavorativa gli esperti hanno invece diagnosticato, la sindrome algica generalizzata aspecifica, alterazioni degenerative del rachide cervicale (osteocondrosi prevalentemente dorsale C5-C6 con uncartrosi) e lombare (discopatia L3-L4 ed L5-S1 alla MRI della colonna lombosacrale del 4 febbraio 2009) con disturbi statici del rachide (appiattimento della dorsale, scoliosi sinistroconvessa dorsale, destroconvessa lombare), decondizionamento muscolare, sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F45.4, doc. 63 pag. 37), obesità, ulcera bulbare trattata, tabagismo cronico (doc. 63 p. 13).

E. 9.1.1

Dal punto di vista reumatologico, il dott. G._____ ha precisato che pur essendo confermata la presenza di 17 su 18 punti fibromialgici positivi, essendovi 2 su 3 punti di controllo positivi che non rientrano nel quadro tipico di una sindrome fibromialgica, è stato possibile porre unicamente la diagnosi di sindrome algica generalizzata aspecifica. Secondo il perito "sebbene le alterazioni degenerative descritte al rachide cervicale e lombare siano in grado di generare dolori meccanici, localizzati prevalentemente ai segmenti indicati, queste non sono in grado di spiegare gran parte dei sintomi lamentati dall'assicurata" (cfr. doc. 63 pp. 15 e 26). La capacità lavorativa da un punto di vista reumatologico è stata pertanto considerata pari al 100% come stabilito nella precedente perizia del 25 gennaio 2001 (doc. 63 pp. 15 e 26), nell'attività precedentemente esercitata e in attività adatte che tengano conto delle limitazioni indicate (cfr. doc. 63 p. 26).

E. 9.1.2

Per quanto riguarda la diagnosi psichiatrica, il dott. F. _____ ha spiegato che "una volta emersa la fenomenologia dolorosa somatoforme è rimasta pressoché invariata nel corso degli anni mostrando un'evoluzione cronicizzante caratterizzata da lievi disturbi ansiosodepressivi e nictemerali" (doc. 63 pag. 36). A fronte della situazione sostanzialmente invariata egli ha spiegato che "la riduzione della capacità lavorativa con il passare del tempo si è andata riducendo visto l'adattamento dell'assicurata al quadro clinico e il venir meno delle turbe affettive e relazionali che erano state all'origine dei disturbi emotivi reattivi alla fine degli anni '90" (doc. 63 pp. 37). Dall'analisi della sindrome somatoforme da dolore persistente mediante i criteri di Förster è emersa: 1. L'assenza di comorbidità psichiatrica importante, essendo i disturbi ansiosi rilevati in associazione alla sindrome del dolore cronico diffuso di intensità leggera e non configurano un disturbo psicopatologico grave; 2. La cronicità dell'evoluzione della sindrome dolorosa diffusa che si protrae ormai da parecchi anni; 3. L'assenza di un'alterazione del funzionamento sociale (doc. 63 p. 39). Sulla base dei criteri di Förster il perito ha quindi attestato un'incapacità lavorativa del 10% in qualsiasi attività (doc. 63 pp. 37-38)

E. 9.1.3

Da un punto di vista neurologico non è stata posta alcuna diagnosi né è stata riscontrata alcuna incapacità lavorativa da parte del dott. H. _____ (doc. 63 p. 31).

E. 9.1.4

Complessivamente la capacità lavorativa residua è stata considerata pari al 90% (intesa come riduzione del rendimento) in qualsiasi attività lucrativa a partire da maggio 2011 e totale nelle mansioni consuete di casalinga (doc. 63 p. 18). Secondo gli esperti la riduzione è riconducibile unicamente alla diagnosi psichiatrica (doc. 63 p. 16). "La diminuzione della capacità lavorativa si giustifica con il fatto che le limitazioni funzionali constatate dal lato psichico toccano la sfera dell'autonomia dell'assicurata che, a causa della partecipazione emotiva ai suoi disturbi, mostra una certa riduzione della resistenza" (doc. 63 p. 17). I periti consigliano infine l'esecuzione di cure specifiche sia da un punto di vista reumatologico che psichiatrico (doc. 63 pag. 18).

E. 9.2.1

Le conclusioni a cui sono giunti i periti del SAM sono state fatte proprie dal dott. E. _____, generalista del servizio medico dell'UAIE, che nell'avviso del 30 settembre 2011 ha descritto un miglioramento rilevante della situazione psichica e una stabilizzazione dello stato di salute (doc. 66), mentre nell'avviso del 20 ottobre 2011 ha dichiarato che da un punto di vista reumatologico non era riscontrabile alcuna limitazione funzionale oggettivabile (doc. 68).

E. 9.2.2

Dal canto suo, il dott. I. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia del servizio medico dell'UAIE, constatando l'assenza di disturbi psichiatrici rilevanti ai fini assicurativi, ha precisato negli avvisi del 10 dicembre 2011 e del 17 marzo 2012 che il caso andava esaminato alla luce delle nuove disposizioni finali della 6a revisione della LAI, pur essendovi anche le condizioni per una normale revisione (doc. 70, 73).

E. 9.3

Di parere contrario il dott. J. _____, (curante o perito della ricorrente) specialista in medicina legale e delle assicurazioni, che nella relazione medico legale del 14 maggio

2012, ha ritenuto la paziente inabile in qualsiasi lavoro in misura dell'80% in ragione della sindrome fibromialgica primaria con entesopatie diffuse e sindrome miofasciale discendente del rachide cervicale, spondilodiscoartrosi, lombalgia con radicolopatia arto inferiore destro, gonalgia bilaterale, esiti di interventi al tunnel carpale bilateralmente, cefalea, sindrome ansioso depressiva grave, esofagite da reflusso con gastroduodenopatia congestizia (doc. 77 p. 2), precisando che: "Si tratta pertanto nel caso in esame di un complesso di malattie a carattere permanente ed irreversibile che non consentono di svolgere in modo proficuo una qualsiasi attività lavorativa che aggraverebbe ancor più il già precario equilibrio di tutto l'organismo. Sicché questo quadro morboso nel suo complesso è di entità tale che la capacità di lavoro deve intendersi permanentemente ridotta in misura tale da configurare un'invalidità permanente complessivamente valutabile all'80% del totale" (doc. 77 p. 6).

E. 9.4

Riguardo al rapporto del dott. J._____ e agli aggiornamenti medici regolarmente prodotti dalla ricorrente, si sono espressi il dott. I._____ - che nell'avviso del 17 settembre 2012 ha ribadito la necessità di esaminare la pratica in virtù delle disposizioni finali della 6a revisione della LAI e riferito che dal punto di vista psichiatrico non sussiste alcuna incapacità lavorativa (doc. 91), mentre nell'avviso del 24 giugno 2013 ha negato l'esistenza della sindrome ansioso depressiva grave diagnosticata dal dott. J._____ (doc. 129) - e il dott. K._____, generalista del servizio medico dell'UAIE - che nella presa di posizione del 6 ottobre 2012, ribadita il 24 febbraio 2013 (doc. 126) ha affermato di non riscontrare, dal punto di vista somatico, affezioni debilitanti, confermando le conclusioni a cui erano giunti il dott. I._____ e il dott. E._____ (doc. 93), mentre negli avvisi del 28 agosto e del 20 ottobre 2013 ha indicando che la nuova documentazione medica si limita ad attestare la presenza di una fibromialgia classica, non suscettibile di mutare la precedente valutazione del servizio medico (doc. 136 e 150).

E. 9.5

Nell'ambito della procedura di ricorso avverso la decisione del 6 marzo 2014, sono stati prodotti i seguenti referti degni di interesse:

E. 9.5.1

Il rapporto del 12 ottobre 2015 del dott. L._____, medico chirurgo specialista in criminologia e scienze psichiatrico-forensi, nel quale ha ribadito la diagnosi di grave sindrome depressiva, già indicata nel precedente rapporto dell'11 maggio 2012 (doc. 79), riconducibile "all'aggravamento della condizione medica generale e ad una evidente precarietà della situazione familiare ed economica". A mente dello specialista, pur essendo riscontrabile un miglioramento stabile della condizione depressiva grazie al trattamento farmacologico, tale patologia continua a condizionare in maniera significativa il rendimento lavorativo e la vita relazionale dell'assicurata (doc. 175).

E. 9.5.2

Il certificato del 15 ottobre 2015 della dott.ssa M._____, medico curante specialista in chirurgia, nel quale ha esposto le problematiche da cui è affetta l'assicurata, e meglio sindrome fibromialgica diffusa e cronica, sindrome ansioso-depressiva, insonnia, artralgia diffuse specialmente alle spalle ed ai polsi ed alle ginocchia (con riduzione della funzionalità articolare delle stesse nei periodi di riacutizzazione, parestesie arti superiori bilateralmente prevalentemente notturne, sindrome del tunnel carpale già trattato

chirurgicamente), lombalgia cronica in paziente con patologia degenerativa artrosica ed erniaria del rachide (con impotenza funzionale della cerniera lombare), cefalea cronica e inoltre gastropatia congestizia, esofagite da reflusso in pregressa ulcera bulbare (2010), fistola sacro-coccigea cronica. Secondo il medico la paziente non sarebbe in grado di svolgere alcuna attività lucrativa (doc. 176).

E. 9.5.3

Il rapporto del 23 novembre 2015 con il quale la dott.ssa N. _____, specialista in psichiatria del servizio medico dell'UAIE, ha esaminato la perizia pluridisciplinare del 31 agosto 2011 e in particolare la valutazione psichiatrica del dott. F. _____ alla luce degli indicatori standard. Valutando le indicazioni rientranti nella categoria "gravità funzionale", essa ha confermato la presenza di tutti gli indicatori raggruppati sotto il complesso "danno alla salute" (diagnosi convincenti, nessun particolare trattamento in corso, persistenza di limitazioni funzionali solo sotto il profilo psichico, leggera sintomatologia ansiosa [in comorbidità] che non costituisce un disturbo invalidante) e confermato l'esame da parte dei periti del complesso "personalità" e "contesto sociale". Essa ha poi analizzato le conclusioni peritali secondo gli indicatori della categoria "coerenza" ritenendo le stesse convincenti e suscettibili di escludere la presenza di un danno invalidante.

E. 10.1

A seguito dell'annullamento della decisione del 5 marzo 2014 e del rinvio da parte del TAF allo scopo di accertare l'evoluzione dello stato di salute dal punto di vista reumatologico, psichiatrico ed eventualmente neurologico a far tempo dall'ultima valutazione peritale del 2011 (cfr. sentenza TAF C-2090/2014 consid. 23.1) e completare l'accertamento psichiatrico (consid. 22 vecchia sentenza) nel senso di esaminare la gravità della patologia, segnatamente l'intensità del dolore e determinare l'influsso della stessa sulla capacità lavorativa alla luce degli indicatori standard (consid. 23.2.2), sono stati assunti agli atti i seguenti referti.

E. 10.2.1

Il rapporto del 31 luglio 2017 del dott. O. _____, specialista in reumatologia, che aggiornando le diagnosi già poste nel precedente rapporto del 7 settembre 2015 (doc. 227), ha descritto una "sindrome fibromialgica primaria in stato ansioso-depressivo; spondiloscartrosi con protrusione/ernie discali, impegno foraminale e compressione durale a più livelli, conseguente sofferenza radicolare cervicobrachiale (C5-C6) e lombosacrale (L5, S1); gonartrosi bilaterale con iperpressione rotulea; artrosi acromion-claveare con impingement del tendine sovraspinato bilaterale" con conseguente limitazione funzionale e difficoltà nel mantenere la stazione eretta e nello svolgimento delle attività quotidiane (doc. 228).

E. 10.2.2

La valutazione ENMG del 2 agosto 2017 sulla base della quale il dott. P. _____, specialista in neurofisiologia clinica, ha segnalato un quadro neurofisiologico compatibile con sofferenza cronica poliradicolare del plesso lombosacrale inferiore in particolare di L4-L5e L5-S1, prevalentemente a destra e di sofferenza radicolare cronica C5-C6 (doc. 230).

E. 10.2.3

Il certificato del dott. L._____ del 7 agosto 2017, nel quale ha segnalato che l'assicurata, affetta da un ricorrente disturbo da attacchi di panico oltre alla sindrome depressiva grave di natura reattiva e ad evoluzione cronica, si sottopone a visite psichiatriche di controllo regolari (due/tre volte l'anno) e che le sue condizioni psicopatologiche ne compromettono il funzionamento lavorativo e sociale e richiedono una terapia farmacologica a lungo termine (doc. 233).

E. 10.2.4

Il rapporto del 9 agosto 2017 del dott. J._____, nel quale, fondandosi sugli accertamenti e le diagnosi poste dal dott. O._____, alle quali ha interamente aderito, ha descritto uno stato di salute peggiorato dal punto di vista reumatologico. Preso atto delle indicazioni del dott. L._____, ha inoltre aggiornato le diagnosi ritenute in precedenza aggiungendo la sindrome depressiva grave. Egli ha quindi concluso ritenendo che il complesso di malattie, con tendenza al peggioramento, non consente all'assicurata "di svolgere in modo proficuo una qualsiasi attività lavorativa senza il rischio di aggravare il già precario equilibrio delle condizioni di salute" (doc. 240).

E. 10.2.5

I certificati della dott.ssa M._____ del 10 agosto 2017 (doc. 231), aderente ai nuovi riscontri reumatologici e del 15 luglio 2016 (doc. 232), identico al precedente del 15 ottobre 2015, nelle cui conclusioni si è riconfermata.

E. 10.3.1

Come indicato nella sentenza del TAF, l'UAIE ha quindi ordinato l'esecuzione di una perizia pluridisciplinare in ambito reumatologico, psichiatrico e neurologico redatta dal SAM il 28 dicembre 2017 (doc. 254). I periti hanno in particolare posto le seguenti diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa: Fibromialgia Sindrome dolorosa panvertebrale cronica: o A livello cervicale esame clinico normale, nessuna neurocompressione clinica, piccola ernia discale recessale C5-C6 a destra o A livello dorsale esame clinico normale e radiologia normale o A livello lombare esame clinico normale, senza elementi per una neurocompressione incipiente discopatia L3-L4 e L5-S1, stenosi congenita lieve del canale spinale a livello L4-L5 asintomatica DD: nell'ambito della fibromialgia Dolore cronici alle spalle: o Esame clinico e sonografia del 13 ottobre 2017 s.p o DD: nell'ambito della fibromialgia sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F45.4) Nonché senza influenza sulla capacità di lavoro: Prolasso del lembo anteriore mitralico Stato dopo severa esofagite distale da reflusso e gastroduodenopatia congestizia (EGDS del 30 aprile 2012 Tabagismo.

E. 10.3.2

Come in precedenza (cfr. consid. 9.1.3), il dott. H._____ non ha posto nessuna diagnosi rilevante dal punto di vista neurologico, né ha ritenuto sussistere alcuna incapacità lavorativa. Egli ha in particolare sottolineato che, contrariamente all'opinione del dott. P._____, né dall'esame elettrofisiologico, né dall'esame clinico o dalle indicazioni del paziente è possibile riscontrare la presenza di una radicolopatia in sede cervicale o in sede lombare (doc. 254 p. 53).

E. 10.3.3

Secondo il dott. Q._____, specialista in reumatologia, l'assicurata adempie i criteri ACR 2010 per la diagnosi di fibromialgia. Ha altresì segnalato un'amplificazione dei sintomi di

grado elevato, in presenza di dolori cronici a carico della colonna vertebrale comunque compatibili con la diagnosi di fibromialgia e con le alterazioni degenerative legate all'età. Pur non riscontrando cambiamenti di rilievo rispetto alla valutazione reumatologica eseguita nel 2011 dal dott. G. _____ (doc. 254 pp. 57-58), il dott. Q. _____ ha comunque proposto una ponderazione leggermente maggiore delle problematiche descritte, ritenendo pertanto l'assicurata "in grado di svolgere qualunque lavoro leggero a mediamente pesante, ergonomicamente accettabile, a tempo pieno ma con un rendimento ridotto al massimo nella misura del 5% mentre in attività pesanti e inadatte l'incapacità lavorativa può raggiungere al massimo il 10%". Al riguardo, egli ha riferito di esporre una valutazione diversa di una situazione altrimenti invariata rispetto alla precedente perizia, precisando che nessun peggioramento è intervenuto dal profilo reumatologico e che le limitazioni funzionali sono dovute solo in minima parte al danno alla salute, essendo per lo più riconducibili a fattori non assicurati (pp. 59-60).

E. 10.3.4

Per quanto concerne gli aspetti psichiatrici (sindrome somatoforme da dolore persistente [ICD-10 F45.4]), il dott. R. _____ ha aderito alla valutazione formulata per la prima volta dal dott. C. _____ nel giugno 2001, non ritenendo esservi stata alcuna significativa mutazione della sintomatologia dolorosa invalidante nel corso degli anni e descrivendo in tal senso un andamento cronico e stazionario. Sulla base dell'esame obiettivo, del test psicologico eseguito il 17 ottobre 2017 (cfr. doc. 254 pp. 43-48) e della documentazione versata agli atti il perito ha ritenuto non esservi alcuna evidenza oggettiva della sindrome ansiosa lieve diagnosticata dal dott. F. _____, segnalando altresì che "la condizione patologica somatoforme che emerge dalla perizia del 2011, non si discosta dalla valutazione del 2001, ma desume un diverso apprezzamento della capacità lavorativa mediante l'analisi dei Criteri di Foerster, come era raccomandato dalla precedente giurisprudenza in materia di malattie da cause non oggettivabili". Riguardo al preteso peggioramento dello stato di salute dal 2014, il perito ha ritenuto che ciò vada ricondotto a un disagio sociale dettato dalla soppressione della rendita, non a una depressione maggiore come diagnosticata dai curanti e dal dott. J. _____. In tal senso ha riferito che tali diagnosi "non corrispondono in nulla alle dichiarazioni dell'assicurata e neppure ai dati oggettivi", ritenendo pertanto i certificati provenienti da tali medici contraddittori e inconsistenti (doc. 254 pp. 63-64, inoltre pp. 65-66 per i dati soggettivi e oggettivi e p.67-68 per le incongruenze con la diagnosi di depressione posta dai curanti). Ha inoltre segnalato che l'interessata "mostra una chiara tendenza all'amplificazione dei limiti e a minimizzare le proprie risorse", una tendenza all'esagerazione confermata indirettamente da una certa teatralità istrionica, emersa anche nell'esame psicologico (p. 69). In conclusione il dott. R. _____ - preso atto dell'assenza di cambiamenti sostanziali nella psicopatologia presente dal 1997 - ha ritenuto opportuno riconoscere un'incapacità lavorativa del 50% in qualsiasi attività (intesa come riduzione mista di tempo e rendimento), analogamente a quanto fatto dal dott. C. _____ nel 2001 (pp. 64, 70).

E. 10.3.5

Complessivamente i periti hanno quindi attestato una situazione sostanzialmente invariata (doc. 254 p. 32), in particolar modo per quanto concerne la sintomatologia dolorosa invalidante, rispetto sia alla precedente perizia pluridisciplinare del 31 agosto 2011 (doc. 63), come pure rispetto alle valutazioni peritali del 2001 (doc. 2). Nonostante ciò, in punto alla capacità lavorativa i periti si sono discostati dalla valutazione del 2011. Essi hanno

ritenuto che, essendo la situazione psicopatologica dell'assicurata invariata sin dal suo esordio, fosse ragionevole allinearsi alla prima valutazione psichiatrica del 2001 riconoscendo, a partire dal 4 settembre 2006 (momento in cui è stata emanata l'ultima decisione cresciuta in giudicato), un'inabilità lavorativa del 50%, intesa come riduzione mista di rendimento e tempo, in qualsiasi attività. I periti non hanno ritenuto giustificato sommare le incapacità lavorative per motivi psichiatrici e reumatologici, essendo la prima chiaramente dominante e fondandosi entrambe su dolori cronici ed invalidanti dell'assicurata (pp. 27-30). Nelle attività domestiche è stata per contro attestata un'abilità lavorativa globale del 100% (p. 31). Da ultimo i periti hanno segnalato che dal punto di vista reumatologico "il quadro clinico è caratterizzato da una discrepanza di grado massimale tra i sintomi e la valutazione clinica, peraltro caratteristica della fibromialgia". Pure da lato psichiatrico essi hanno constatato "delle discrepanze tra i sintomi descritti e la valutazione clinica" (p. 33).

E. 10.4

Preso atto delle valutazioni peritali e delle incoerenze emerse nel rapporto psichiatrico (fra la sintomatologia descritta dall'assicurata e lo stato clinico), la dott.ssa N. _____ ha proposto di sottoporre il caso al servizio medico per un esame approfondito (doc. 257).

E. 10.5

Nel verbale del rapporto medico UAIE dell'8 febbraio 2018, i medici presenti, specialisti in psichiatria, neurologia, reumatologia, medicina interna, medicina riabilitativa, sono giunti alla conclusione che l'incapacità lavorativa del 50% attestata nella perizia pluridisciplinare non fosse coerente sotto il profilo degli indicatori standard e che l'assenza di una sostanziale modifica della situazione, non costituisse un valido motivo per riprendere la valutazione del 2001 in punto all'abilità lavorativa. Essi hanno precisato che alla luce di tali indicatori e dei fattori d'esclusione previsti dalla giurisprudenza (DTF 131 V 49), non fosse possibile ammettere con il grado della verosimiglianza preponderante la persistenza di un danno alla salute invalidante (doc. 259).

E. 11.1

Alla luce di quanto sopra esposto emerge che in esecuzione della sentenza di rinvio, l'amministrazione ha dato seguito alla richiesta di fornire un quadro aggiornato dello stato di salute dell'assicurato, ordinando gli accertamenti specialistici negli ambiti medici indicati dal TAF. Si rileva che la perizia pluridisciplinare del 28 dicembre 2017 e le valutazioni specialistiche che la compongono - dalle quali è emerso che la situazione valetudinaria attuale è sostanzialmente sovrapponibile a quella esistente al momento dell'erogazione della rendita (eccezion fatta per un leggero peggioramento della situazione reumatologica e dell'assenza della sindrome ansiosa, consid. 10.3.3, 10.3.4) - si fondano su informazioni fornite dalla persona esaminata e dai medici curanti, sull'esame del quadro clinico e delle risultanze della visita dell'insorgente, nonché sulla documentazione medica agli atti. I rapporti peritali contengono un'introduzione, un elenco degli atti e delle informazioni tratte dall'incarto, un'anamnesi dettagliata, le indicazioni soggettive della ricorrente e le constatazioni obiettive, la diagnosi, la discussione nonché le conclusioni in punto alla capacità lavorativa residua. Tali referti possono pertanto essere - di principio - considerati perlomeno da un punto di vista formale un mezzo probatorio idoneo per la valutazione dello stato di salute della ricorrente e dell'esigibilità dell'esercizio di un'attività sostitutiva adeguata.

E. 11.2

Nella valutazione neurologica dell'11 ottobre 2017 il dott. H._____ ha negato l'esistenza di una radicolopatia e spiegato in maniera chiara e convincente le ragioni per cui non è possibile attenersi alle conclusioni a cui è giunto il dott. P._____ al riguardo (consid. 10.2.2). A mente del perito, non sussiste alcuna patologia suscettibile di influire, dal punto di vista neurologico, sulla capacità lavorativa dell'assicurata, come del resto attestato anche nella perizia del 2011 (consid. 9.1.3). Da tale valutazione non vi è alcun fondato motivo di scostarsi. Ne consegue che da questo punto di vista la situazione di salute risulta stabile.

E. 11.3

Nella valutazione reumatologica del 16 ottobre 2017, il dott. Q._____ ha riferito che nessuna modifica di rilievo dello stato di salute è intervenuta a seguito della valutazione peritale del dott. G._____ del 2011, che a sua volta, si rammenta, si era attenuto alle conclusioni riguardo alla capacità lavorativa a cui erano giunti i periti del Felixplatterspital nel rapporto dell'9 febbraio 2001 (doc. 2), avendo riscontrato una situazione immutata da allora. Pur non concordando con l'avviso degli specialisti italiani (cfr. consid. 10.2.1, 10.2.4) e del medico curante (cfr. consid. 9.5.2 e 10.2.5) riguardo al preteso peggioramento dello stato di salute, come quest'ultimi il dott. Q._____ ha ritenuto essere adempiuti i criteri per porre la diagnosi di fibromialgia, affezione che a suo modo di vedere determina una lieve riduzione del rendimento dell'assicurata in attività lavorative fisicamente pesanti o che richiedono grande concentrazione e rapidità. Per tale ragione egli ha proposto una differente ponderazione dell'influsso delle patologie riscontrate sulla capacità lavorativa (5% in attività adeguate e 10% in attività pesante intesa quale riduzione del rendimento sull'arco di una giornata intera di lavoro, cfr. consid. 10.3.3), precisando di esporre una differente valutazione della medesima fattispecie. Per il resto da parte del perito non sono state riscontrate particolari limitazioni o ulteriori problematiche suscettibili di influire maggiormente, dal punto di vista reumatologico, sulla capacità lavorativa dell'assicurata e ciò nonostante il parere contrario dei medici italiani, la cui valutazione diverge per gli aspetti relativi all'abilità lavorativa residua. Tali valutazioni non risultano tuttavia suscettibili di mettere in dubbio il parere esposto dal dott. Q._____, né di giustificare una diversa valutazione dello stato di salute. Agli atti infatti figura unicamente il parere specialistico del dott. O._____, che nel rapporto del 31 luglio 2017 tuttavia non si esprime in maniera completa e concludente riguardo alla capacità lavorativa. Le considerazioni da lui esposte sul piano reumatologico sono poi state riprese dal dott. J._____ nel rapporto del 9 agosto 2017 (quale aggiornamento del precedente rapporto del 14 maggio 2012) il quale conclude attestando un generico apprezzamento delle conseguenze delle affezioni che "non consentono di svolgere in modo proficuo una qualsiasi attività lavorativa senza il rischio di aggravare il già precario equilibrio delle condizioni di salute". In maniera altrettanto lapidaria e pertanto non motivata, si è espressa la dott.ssa M._____ nel rapporto del 10 agosto 2017 secondo la quale "la paziente non è in grado di svolgere alcuna attività lavorativa". Ora tali valutazioni, esposte da un punto di vista complessivo da parte di medici non specialisti in reumatologia o negli ambiti medici a cui sono riconducibili le patologie di cui l'interessata è portatrice, non possono essere seguite, non essendo sufficientemente motivate, né supportate da validi elementi oggettivi. Non va oltretutto dimenticato che in ragione della diversità dell'incarico assunto (a scopo di trattamento anziché di perizia), in caso di divergenza non ci si può di regola fondare sulla posizione del medico curante, anche se specialista (cfr., tra le tante, sentenza TF

9C_151/2011 del 27 gennaio 2012 consid. 5.1 con riferimenti; 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012, consid. 4.4; I 1102/06 del 31 gennaio 2008; I 701/05 del 5 gennaio 2007 consid. 2), poiché 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 consid. 3b)cc; DTF 124 I 175 consid. 4; DTF 122 V 161; Sentenza del TF 8C_828/2007 del 23 aprile 2008; R. Spira, *La preuve en droit des assurances sociales*, in *Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach*, Basilea 2000, p. 269s.). D'altro canto, il solo fatto che uno o più medici curanti esprimano un'opinione contraddittoria non è sufficiente a rimettere in discussione una perizia ordinata dal giudice o dall'amministrazione e a imporre nuovi accertamenti (STF 9C_710/2011 del 20 marzo 2012 consid. 4.5 e 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 3.4, entrambe con i rinvii giurisprudenziali ivi menzionati).

E. 11.4.1

Nella valutazione psichiatrica del 23 ottobre 2017 il dott. R._____ ha esposto una chiara visione d'insieme dello stato di salute della ricorrente e, dando seguito all'espressa richiesta di questo Tribunale (cfr. sentenza C-2090/2014 consid. 23.2.2), ha addotto i motivi per cui è stata diagnosticata una sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F45.4), affezione individuata per la prima volta dal dott. C._____ nel 2001 e protrattasi senza significative mutazioni nel corso degli anni. Si è pronunciato sullo stato psichico dell'insorgente, ravvisando un miglioramento della condizione clinica, non avendo più riscontrato alcuna evidenza della "sindrome ansiosa lieve" diagnosticata dal dott. F._____ all'epoca della valutazione peritale del 2011. Ha inoltre argomentato in modo chiaro e convincente i motivi per cui è possibile escludere la presenza della "sindrome depressiva grave" diagnosticata dal dott. L._____ e ripresa nei rispettivi rapporti dalla dott.ssa M._____ e dal dott. J._____ (cfr. consid. 10.2.3, 10.2.4, 10.2.5), ritenendo che il peggioramento descritto dall'assicurata a partire dal 2014 fosse da inquadrare piuttosto come "uno stato di normale stress psicosociale connesso a problematiche economiche". Ha quindi rilevato che l'interessata non presenta alcuna morbosità psichica concomitante alla sofferenza corporale (comorbidità; per i dettagli punto 10 della perizia doc. 254 pag. 69). Pur riscontrando che la stessa si sottopone con regolarità alle terapie proposte, il perito ha ritenuto che a fronte dell'andamento cronico e ventennale della sindrome somatoforme, non vi fosse nessuna ulteriore trattamento suscettibile di migliorare lo stato di salute. Il dott. R._____ si è altresì espresso in merito alle risorse personali dell'assicurata ed al mantenimento di un contesto familiare e sociale, aspetti riguardo ai quali ha riscontrato delle discrepanze fra i sintomi descritti e la valutazione clinica. Riguardo al primo aspetto il perito ha infatti constatato che "pur volendo riconoscere la dignità dovuta alla sindrome somatoforme, alla luce delle esagerazioni dei sintomi ritengo che l'assicurata, mediante un ragionevole sforzo di volontà, possa sopportare un carico lavorativo maggiore rispetto a quello da lei dichiarato": Riguardo al secondo aspetto, sebbene l'assicurata sostenga di condurre una vita completamente ritirata, senza contatti sociali o amicizie di alcun genere, non riuscendo più a confrontarsi con l'esterno, il perito ha constatato una buona autonomia e resistenza (giungendo quest'ultima autonomamente a D._____ e soggiornandovi da sola per tutta la durata degli accertamenti medici ed essendo in grado di provvedere alle incombenze domestiche), nonché la persistenza di contatti sociali (citando la telefonata ricevuta dall'amica nel corso della visita e l'attività riscontrata sul suo profilo facebook) e familiari (con le figlie con cui il rapporto è buono e con i genitori con i quali ha ripristinato dei buoni rapporti dopo il rientro in Italia, superando i momenti di tensione vissuti in gioventù). Il dott. R._____ ha quindi ritenuto di potersi attenere all'incapacità lavorativa

del 50% in qualsiasi professione attestata nel 2001 dal dott. C._____, considerandola come l'indicazione più ragionevole e credibile anche allo stato attuale.

E. 11.4.2

Questo Tribunale osserva che la perizia psichiatrica del dott. R._____, pur essendo completa e dettagliata nel trattare gli indicatori relativi alla "gravità funzionale", non risulta convincente sotto il profilo della "coerenza". Come giustamente rilevato dagli specialisti del servizio medico dell'UAIE nel rapporto dell'8 febbraio 2018, il solo fatto che la situazione valetudinaria non sia cambiata rispetto al 2001 non è un motivo valido per riprendere nell'ambito della presente procedura la valutazione del dott. C._____ (che si fondava su altri criteri e giurisprudenza sorpassata) in punto alla capacità lavorativa. Un'incapacità lavorativa del 50%, a fronte di quanto emerso dagli accertamenti medici non risulta infatti coerente sotto il profilo degli indicatori standard. Per quanto riguarda la categoria "coerenza", va infatti rilevato che la perizia del dott. R._____ non evidenzia alcuna restrizione significativa delle attività nel settore privato o del tempo libero (cfr. punti 7 e 10 [rapporti famigliari e sociali intatti, capacità di spostamento autonomo]), inoltre il tipo e l'intensità delle opzioni terapeutiche messe in atto (cfr. punti 7 e 8 [trattamento medicamentoso seguito con regolarità da anni, ma nessuna particolare prescrizione terapeutica volta a migliorare ulteriormente lo stato di salute]) consentono di trarre conclusioni sul livello di sofferenza (cfr. punti 10 e 13 [nei quali il dott. R._____, ritiene che mediante un ragionevole sforzo di volontà l'assicurata sia in grado di sopportare un carico lavorativo superiore rispetto a quanto da lei dichiarato]). Dal referto peritale non emerge inoltre alcuna comorbidità psichiatrica con influsso sulla capacità lavorativa e parrebbe altresì che l'assicurata conserva dei rapporti famigliari intatti. Tali aspetti - di particolare rilevanza nel caso specifico, in cui lo stato valetudinario è sovrapponibile a quello esistente al momento in cui è stata assegnata la rendita in ragione dei disturbi senza patogenesi chiara - non pare siano stati sufficientemente considerati da parte del perito nella valutazione della capacità lavorativa.

E. 11.4.3

Si rammenta inoltre che per valutare l'effetto invalidante della diagnosi di sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10 F 45.4) posta dagli specialisti medici secondo i rigidi criteri evocati sopra (cfr. consid. 7), occorre ancora determinare se la stessa resiste ai motivi di esclusione descritti nella DTF 131 V 49 (consid. 1.2) e ripresi dalla DTF 141 V 281 (cfr. consid. 2.2). Soltanto nel caso in cui detti motivi non siano soddisfatti, sarà infatti possibile riconoscere che il disturbo da dolore somatoforme cagiona un pregiudizio significativo alla salute, di cui tenere conto nella determinazione del diritto alle prestazioni AI (DTF 141 V 281, punto 2.2; sentenze del TF 8C_607/2015 del 3 febbraio 2016 consid. 4.2.2 e 9C_173/2015 del 29 giugno 2015 consid. 4.1.2; cfr. anche sentenza del TAF C-861/2014 del 15 agosto 2018 consid. 12.3.1). Di principio, non vi è alcun danno alla salute allorquando la limitazione della capacità di eseguire un compito o un'azione si basa su un'esagerazione dei sintomi o una manifestazione analoga. Questa situazione è data in particolare quando: vi è una notevole discrepanza tra i dolori descritti e il comportamento osservato/l'anamnesi; l'assicurato afferma di essere afflitto da dolori intensi, ma li caratterizza in modo vago; l'assicurato non fa richiesta di cure mediche o terapie; i lamenti dell'assicurato sembrano ostentati e quindi poco credibili al perito; l'assicurato sostiene di subire gravi limitazioni nella vita quotidiana, nonostante il contesto psicosociale sia pressoché intatto (DTF 141 V 281 consid. 2.2.1 e i riferimenti citati; DTF 131 V 49 consid.

1.2; sentenze del TF 9C_899/2014 del 29 giugno 2015 consid. 4.1 e 9C_173/2015 del 29 giugno 2015 consid. 4.1.2). L'esistenza di tali discrepanze è stata precisamente evocata dagli specialisti del servizio medico dell'UAIE, che hanno riscontrato, sia nella perizia psichiatrica, che nel quadro della perizia somatica la presenza di numerosi fattori di esclusione. A ben vedere, lo stesso dott. R. _____ ha infatti constatato delle marcate discrepanze fra i sintomi descritti e la valutazione clinica (cfr. punto 10 p. 6) e in genere una tendenza all'esagerazione confermata da una certa teatralità istrionica emersa nel test psicologico del 17 ottobre 2017 (allegato alla perizia SAM, cfr. punto 13 p. 9). Allo stesso modo, pure il dott. Q. _____ ha ritenuto esservi un'amplificazione dei sintomi di grado elevato (doc. 254 p. 57) indicando al riguardo che l'assicurata, nonostante abbia sintetizzato i propri problemi dichiarando "mi fa male tutto sempre" e abbia quantificato i dolori al momento della visita a 9/10 (dove 10 è ritenuto insopportabile), ha condotto la visita medica seduta tranquillamente sulla sedia senza manifestare il minimo disagio (doc. 254 p. 55). Sulla base di tali presupposti, quest'ultimi hanno ritenuto, che non possa essere ammesso sotto il profilo della verosimiglianza preponderante alcun danno alla salute invalidante, pur essendo adempiuti i criteri di classificazione della sindrome somatoforme da dolore persistente. D'altro canto, come già indicato sopra, il dott. R. _____ non ha evidenziato gravi limitazioni nella vita quotidiana, né tantomeno un contesto psicosociale particolarmente degradato, nonostante le affermazioni contrarie dell'assicurata. Sulla base di tali presupposti, a mente degli specialisti dell'UAIE, non può essere ammesso sotto il profilo della verosimiglianza preponderante alcun danno alla salute invalidante, pur essendo adempiuti i criteri di classificazione della sindrome somatoforme da dolore persistente.

E. 11.4.4

In siffatte circostanze, risulta quindi corretto distanziarsi, come fatto dall'amministrazione dall'attestazione del dott. R. _____ riguardo alla misura della capacità lavorativa, risultando più convincente la valutazione esposta dal servizio medico dell'UAIE stante la quale al di fuori della sindrome somatoforme da dolore persistente, non sussiste alcun danno incapacitante e di conseguenza non vi sia alcun fondamento per l'erogazione di una rendita d'invalidità. Alla luce dell'esame degli indicatori è inoltre possibile ritenere che vi siano le risorse necessarie per svolgere attività lucrativa. Tale giudizio, per altro, si allinea con la valutazione che la dott.ssa N. _____ aveva esposto il 23 novembre 2015, a seguito dell'esame secondo gli indicatori standard, della perizia del 2011 (cfr. consid. 9.5.3) - dalla quale, lo stesso dott. R. _____ ammette emergere una condizione patologica somatoforme analoga a quella attuale (sebbene apprezzata in maniera differente per via dei criteri di Foerster, cfr. doc. 254 p. 63).

E. 11.5

In conclusione, e contrariamente a quanto preteso dalla ricorrente, i presupposti per un riesame della rendita d'invalidità in virtù della lett. a cpv. 1 delle disposizioni finali della 6a revisione della LAI, sono dati nella fattispecie. La rendita intera era infatti stata assegnata unicamente in ragione di un disturbo senza patogenesi o eziologia chiare (cfr. consid. 8), tuttora presente (DTF 139 V 547 consid. 19).

E. 11.6

A titolo abbondanziale, al fine di chiarire il calcolo dell'invalidità eseguito dall'UAI-B. _____, che aveva determinato un grado del 79% (doc. 22 p. 16), giova precisare che pur avendo il dott. C. _____ in un primo tempo indicato un'incapacità

lavorativa del 50% (cfr. doc. 2 pp. 11), nel rapporto del 23 novembre 2001, aveva poi indicato che per un'attività svolta al 60% - pensum in cui all'epoca l'assicurata aveva indicato di lavorare (doc. 15 p. 8) - la capacità lavorativa corrispondeva a 12.6 ore alla settimana (doc. 2 pag. 4). A seguito della ricezione del primo progetto di decisione del 5 febbraio 2002 (doc. 4 pp. 5-6; con il quale era stato stabilito secondo il metodo misto un grado d'invalidità del 37% [cfr. doc. 22 p. 19]), l'assicurata aveva ritrattato la precedente dichiarazione e spiegato che in assenza del danno alla salute avrebbe lavorato a tempo pieno (doc. 22 pp. 31-34). L'UAI-B._____ aveva quindi deciso di applicare il metodo ordinario del raffronto dei redditi per determinare il discapito economico. Pur avendo ritenuto quale reddito da valida un'attività svolta al 100% (con discutibile ricorso ai dati statistici anziché al salario [più basso] concretamente percepito dall'assicurata nel 1996), per stabilire il reddito da invalida l'amministrazione aveva tuttavia nuovamente utilizzato - a torto - il dato indicato dal dott. C._____ in caso di impiego a tempo parziale (e meglio 12 ore/settimana), anziché fondarsi sull'incapacità lavorativa del 50% prescritta da quest'ultimo in caso di impiego a tempo pieno. Da qui l'erronea determinazione di un grado AI del 79%, che ha permesso l'attribuzione dal 1° settembre 1999 di una rendita intera di invalidità, anziché - verosimilmente - una rendita di grado inferiore.

E. 11.7

Non vi sono per il resto affezioni spiegabili (con influsso sulla capacità lavorativa) che necessitano di essere separate da quelle di origine non chiara e valutate secondo le disposizioni dell'art. 17 LPGA.

E. 11.8

Non è inoltre corretto ritenere, come fatto dalla ricorrente (cfr. doc. TAF 11 p. 3), che la revisione sulla base della citata disposizione sia avvenuta ben oltre il termine di tre anni fissato dal capoverso 1. Giova innanzitutto rilevare che detto termine di attuazione di tre anni è stato previsto a garanzia dell'efficacia della disposizione (attuazione rigorosa e sistematica dell'art. 7 cpv. 2 LPGA), piuttosto che a tutela dell'assicurato (FF 2010 1628 e 1695). Il termine di tre anni decorre, infatti, dall'entrata in vigore della modifica legislativa (6a revisione AI), ossia il 1° gennaio 2012 (cfr. RU 2011 5659), nel corso dei quali la procedura di riesame tesa all'adeguamento delle rendite correnti concesse prima del 1° gennaio 2008 ad assicurati a cui erano stati diagnosticati disturbi da dolore somatoformi, fibromialgia o patologie analoghe avrebbe dovuto essere avviata (FF 2010 1605). Entro tale scadenza, gli uffici AI sono stati quindi chiamati a verificare, anche in assenza di un cambiamento notevole dello stato di salute o della situazione lavorativa, se la capacità al guadagno degli assicurati possa essere migliorata mediante provvedimenti adeguati (FF 2010 1628). Nell'intento del disegno di legge, tre anni dopo l'entrata in vigore del disegno di legge non sarebbe più stato necessario verificare la presenza di casi di disturbo da dolore somatoforme, fibromialgia o simili patologie, dato che entro tale data nell'effettivo dei beneficiari di rendita non vi sarebbero più dovuti essere assicurati con questo genere di infermità (FF 2010 1630). Orbene, nel caso concreto, ad inizio 2012, una procedura di revisione era già in corso dal mese di agosto-settembre 2010. L'autorità inferiore, che in un primo tempo si era limitata a valutare l'esistenza delle condizioni poste dall'art. 17 cpv. 1 LPGA, a seguito dell'entrata in vigore della modifica legislativa e meglio dal mese di marzo 2012 (cfr. consid. 9.2.2), ha riesaminato il caso alla luce delle disposizioni della revisione 6a. È quindi tale momento ad essere determinante, non quello in cui l'amministrazione ha statuito sulla sorte della rendita (ossia la data della decisione impugnata).

E. 11.9

Per il resto, al momento dell'entrata in vigore, il 1° gennaio 2012, delle surriferite disposizioni finali, la ricorrente, nata il 14 febbraio 1965, non aveva ancora compiuto 55 anni (il 1° gennaio 2012 aveva infatti 46 anni). Inoltre, al momento in cui è stata avviata la procedura di riesame, secondo i documenti tra il 31 agosto 2010 (doc. 33) e il 30 settembre 2010 (doc. 30), la medesima percepiva una rendita d'invalidità dal 1° settembre 1999, dunque da meno di 15 anni. Nella fattispecie non si è pertanto in presenza di un caso di esclusione ai sensi della lett. a cpv. 4 delle disposizioni finali della 6a revisione della LAI. Su questo punto è già del resto stato statuito nella prima procedura (cfr. sentenza di rinvio consid.17.2).

E. 12

La ricorrente ha inoltre contestato che la soppressione della rendita potesse avere effetto dal 1° maggio 2014, ritenendo che la stessa potesse essere soppressa al più presto alla fine del mese seguente l'intimazione della decisione impugnata.

E. 12.1

Nelle procedure AI, la riduzione o la soppressione delle rendite, degli assegni per grandi invalidi e dei contributi di assistenza avviene di norma alla fine del mese successivo alla notifica della decisione (88bis cpv. 2 let. a OAI). Il momento dell'adeguamento delle prestazioni, è quindi strettamente connesso alla data del provvedimento amministrativo o della sentenza del tribunale, con cui è stata decretata per la prima volta la riduzione o la soppressione del diritto alle stesse (DTF 106 V 18, sentenza del TF 9C_792/2018 del 25 gennaio 2019 consid. 2.2). Qualora l'effetto sospensivo venga ritirato a un ricorso diretto contro una decisione di revisione che riduce o sopprime una rendita - ciò in genere è il caso (art. 66 LAI in combinazione con l'art. 97 LAVS cfr. inoltre Johanna Dormann; *Aufschiebende Wirkung des Rechtsmittels in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren*, in SZS 2019 p. 247, 256-257) e che per l'appunto è stato fatto nella fattispecie (cfr. doc. 157) - in caso di rinvio degli atti all'autorità inferiore, tale ritiro persiste anche durante tutta questa procedura d'istruzione fino alla notifica della nuova decisione (cfr. DTF 129 V 370, a conferma della giurisprudenza pubblicata in DTF 106 V 18). In una siffatta evenienza, il Tribunale federale ha avuto modo di ribadire che la riduzione o la soppressione originaria della rendita (inclusa la data a decorrere dalla quale questa interviene) può essere confermata con effetto retroattivo (DTF 129 V 370; DTF 106 V 18; sentenza del TF 8C_451/2010 dell'11 novembre 2010 consid. 4.4; 9C_567/2017 del 21 novembre 2017 consid. 2.2.3).

E. 12.2

Seguendo il ragionamento sviluppato dalla giurisprudenza del Tribunale federale succitata, si può pertanto affermare che se gli ulteriori accertamenti medici eseguiti nell'ambito del rinvio avessero dimostrato che l'assicurata aveva ancora diritto a una rendita d'invalidità - intera o eventualmente ridotta - l'UAIE avrebbe dovuto pagare tale prestazione in arretrato a decorrere dal momento in cui è stata soppressa il 1° maggio 2014. Se tuttavia, come nell'evenienza concreta, nell'ambito della nuova istruttoria è stato stabilito che non sussiste effettivamente più alcun danno alla salute invalidante e che a ragione a partire da tale data l'autorità inferiore ha soppresso il diritto alla rendita d'invalidità, l'UAIE non sarà tenuta ad effettuare alcun pagamento retroattivo, né tantomeno fino alla fine del mese successivo alla notifica della decisione, poiché la correttezza della decisione iniziale con cui era stata

decretata la soppressione della rendita a partire dal 1° maggio 2014 (doc. 157) è stata confermata.

E. 12.3

Ne consegue che la richiesta dell'insorgente su questo punto dev'essere respinta.

E. 13.1

Secondo il cpv. 2 della lett. a delle disposizioni finali della 6a revisione della LAI, l'assicurato la cui rendita è ridotta o soppressa ha diritto ai provvedimenti di reintegrazione di cui all'art. 8a LAI. Durante l'esecuzione dei provvedimenti di reintegrazione, l'assicurato continua a percepire la rendita fino alla conclusione degli stessi, ma al massimo per due anni dal momento della riduzione o soppressione della rendita (cpv. 3 della lett. a delle disposizioni finali).

E. 13.2

Ai sensi dell'art. 8a cpv. 1 e 2 LAI, i beneficiari di una rendita hanno diritto a provvedimenti professionali di reintegrazione purché la capacità al guadagno possa essere presumibilmente migliorata e i provvedimenti siano idonei a migliorare la capacità al guadagno. I provvedimenti d'integrazione sono applicati in Svizzera e solo eccezionalmente anche all'estero (art. 9 cpv. 1 LAI). In virtù dell'art. 9 cpv. 1bis LAI, il diritto ai provvedimenti d'integrazione nasce al più presto con l'assoggettamento all'assicurazione obbligatoria o facoltativa e si estingue al più tardi allo scadere dell'assicurazione.

E. 13.3

Secondo giurisprudenza, nel momento in cui la rendita viene sospesa o ridotta, sorge il diritto a (eventuali [DTF 141 V 385 consid. 5.3]) provvedimenti di reintegrazione. La revisione della rendita è decisa prima che hanno luogo le eventuali misure di reintegrazione. Il diritto ad eventuali provvedimenti di reintegrazione è la conseguenza della riduzione o della soppressione della rendita (sentenza del TF 8C_125/2015 del 26 giugno 2015 consid. 5.1 e 5.2).

E. 13.4

In una sentenza del mese di luglio 2019, il Tribunale federale ha però deciso che i beneficiari stranieri di una rendita d'invalidità svizzera non hanno diritto a provvedimenti di reintegrazione se non risiedono in Svizzera e non sono più assicurati in Svizzera (DTF 145 V 266 consid. 4.2 e 6.3.7).

E. 13.5

Con sentenza del 16 gennaio 2017 questo Tribunale ha rinviato l'incarto all'autorità inferiore affinché, oltre agli accertamenti medici, esperisse un tentativo di integrazione prima di procedere alla soppressione della rendita (cfr. sentenza del TAF C-2090/2014 consid. 23.3). Nella decisione impugnata del 18 marzo 2019, l'autorità inferiore ha ritenuto che la ricorrente non poteva beneficiare di misure di reintegrazione professionale. Su questo punto l'insorgente non ha peraltro contestato la decisione. D'altro canto, al momento in cui le era stata prospettata la possibilità di beneficiare di misure di reintegrazione (doc. 261, 266), aveva chiarito di non intendere trasferirsi nuovamente in Svizzera, né di poter partecipare a provvedimenti di reintegrazione in Svizzera per ragioni familiari e di salute (doc. 275). Per sovrabbondanza, può essere rilevato che l'assicurata è cittadina italiana (doc. 1) e risiede in Italia dal 2005, data del suo rimpatrio (doc. 7 p. 1). Per

quanto emerge dalle carte processuali, la ricorrente non esercita più alcuna attività lucrativa almeno dal 1997, di modo che non è altresì più assoggettata all'assicurazione obbligatoria o facoltativa per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità Svizzera. Alla luce delle considerazioni esposte sopra è pertanto corretto ritenere, come fatto dall'autorità inferiore, che l'insorgente non può beneficiare di provvedimenti di reintegrazione professionale, ai sensi dell'art. 8a cpv. 1 e 2 LAI, non essendovene da un lato le condizioni giusta l'art. 9 cpv. 1bis LAI, né tantomeno la volontà da parte della diretta interessata.

E. 13.6

Peraltro, va rilevato a titolo del tutto abbondanziale, che nella perizia pluridisciplinare del 28 dicembre 2017 è stato indicato che nel caso in cui l'assicurata fosse motivata per un'integrazione professionale, particolarmente consigliabili sarebbero delle misure di riallenamento progressivo al lavoro. Nei referti reumatologico e psichiatrico, d'altra parte, non emergono particolari limitazioni che pregiudichino la possibilità di ripresa di un'attività lavorativa. Questo Tribunale, in assenza altresì di una specifica censura in merito da parte dell'insorgente, non ha ragione di mettere in dubbio tale valutazione, che sottende innanzitutto uno sforzo di volontà da parte dell'assicurata nel rimettersi in gioco nel mondo del lavoro. Giova rammentare che a quest'ultima, che durante la sua carriera professionale ha svolto attività in ambiti diversi (operaia di fabbrica e venditrice), si presenta comunque un ventaglio relativamente ampio di professioni possibili (e sufficientemente specificate) sia nel settore dell'industria sia nel settore dei servizi, con mansioni semplici, di modo che appare esigibile da parte sua (la ricorrente aveva 46 anni al momento dell'esecuzione della prima perizia pluridisciplinare del SAM, rispettivamente 52 al momento della seconda) la ripresa con le proprie forze di un'attività lavorativa confacente al suo stato di salute in misura completa (ma con una riduzione del rendimento del 10%, in ragione delle problematiche reumatologiche), senza necessità di particolari misure di reintegrazione professionale (cfr. anche sentenza del TAF C_517/2017 del 12 giugno 2019 consid. 8 con rinvii).

E. 14

Da quanto esposto, consegue che il ricorso, destituito di fondamento, non merita tutela e la decisione impugnata va confermata.

E. 15.1

Visto l'esito della procedura, le spese processuali, di fr. 800.-, sono poste a carico della ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse sono computate con l'anticipo spese versato dall'insorgente stessa il 19 agosto 2019.

E. 15.2

Alla ricorrente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario). Le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto a un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (v., fra l'altro, DTF 127 V 205).

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