



Corte III
C-2090/2014

Sentenza del 16 gennaio 2017

Composizione

Giudici: Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Christoph Rohrer, Beat Weber;
Cancelliere: Dario Croci Torti.

Parti

A. _____,
patrocinata dall'avv. Lina Ratano,
IT-73040 Acquarica del Capo,
ricorrente,

contro

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

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità, revisione della rendita
(decisione del 6 marzo 2014).

Fatti:**A.**

A.a A._____, cittadina italiana, nata il , ha lavorato in Svizzera a partire dal 1985, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 3 dell'incarto UAIE). Da ultimo ha lavorato quale commessa all'80% presso una gioielleria (doc. 3 e anamnesi lavorativa contenuta nei rapporti medici, doc. 2; doc. 15 pag. 10-12). Per il resto si dedicava alla propria economia domestica composta da due figlie nate nel 1988 e 1997 (doc. 1, doc. 22 pag. 36).

A.b Dal 1997 l'assicurata ha cominciato ad accusare diversi problemi di salute, consistenti in fibromialgia, dorso piatto, esiti di tendovaginite "de Quervain", esiti dell'operazione del tunnel carpale bilateralmente e epicondilitite omero radiale destro operata (cfr. rapporto del Dott. Graf, specialista in reumatologia, dell'11 febbraio 1999, doc. 12, pag. 29; doc. 10).

A.c Mediante decisione del 29 ottobre 2002 la Cassa di compensazione del Cantone di Basilea Campagna ha posto l'interessata al beneficio, a decorrere dal 1° settembre 1999, di una rendita intera d'invalidità (doc. 6). L'amministrazione ha fondato la propria decisione sulla perizia medica del 18 giugno 2001 (e complementi del 23 novembre 2001 e 16 ottobre 2002) del Dott. B._____ (doc. 2 in toto), psichiatra, il quale ha diagnosticato "anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD 10 F 45-4) bei einer strukturierter Persönlichkeit", ciò che causava un'incapacità di lavoro al 50% dalla metà del 1997, corrispondente a 12.6 ore alla settimana per un'attività al 60% (doc. 2 pag. 4).

Dal lato somatico, la perizia dell'8 febbraio 2001 esperita presso il C._____ di Basilea, sezione reumatologia, (doc. 2, pag. 12), ha attestato una capacità lavorativa totale in attività adeguate leggere fino a medio leggere (doc. 2 pag. 17).

B.

Con il rimpatrio dell'interessata il pagamento della prestazione è stato ripreso, per competenza, dalla Cassa svizzera di compensazione dal 1° luglio 2005 (doc. 7).

C.

C.a Nel 2005 l'UAIE ha avviato l'usuale procedura di revisione (doc. 9). Dalla perizia medica particolareggiata del 19 gennaio 2006 (E 213, doc. 12, pag. 1-12) è emerso che l'assicurata era portatrice di una sindrome fibromialgica priF. _____ a, segni di spondilosi e disturbo d'ansia con note di depressione.

C.b Con comunicazione del 4 settembre 2006, l'UAIE ha confermato il diritto alla rendita intera AI (doc. 25).

D.

D.a Nell'agosto 2010 l'UAIE ha avviato la seconda procedura di revisione (doc. 30-33). In quell'occasione la perizia dell'INPS del 23 novembre 2010 (E 213, doc. 37) ha evidenziato una sindrome fibromialgica priF. _____ a, spondilodiscoartrosi e un disturbo d'ansia reattivo. In Italia, il danno invalidante è stato stimato nel 60% (doc. 37, pag. 9/28).

Alla luce di questo, referto il medico di fiducia dell'UAIE, Dott. D. _____, generalista, nel suo rapporto del 31 dicembre 2010, ha proposto di esperire una perizia specialistica in Svizzera, ritenuto che secondo i sanitari italiani, la patologia psichica era di scarsa rilevanza, pertanto era possibile che fosse subentrato un miglioramento della situazione valetudinaria (doc. 52).

D.b L'assicurata è stata quindi sottoposta ad esami specialistici dal 9 all'11 maggio 2011 presso il Servizio medico di accertamento dell'invalidità (SAM) di Bellinzona. L'assicurata è stata sottoposta a visite specialistiche in neurologia (Dott. E. _____), psichiatria (Dott. F. _____) e reumatologia (Dott. G. _____). E' stata posta la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di lieve sintomatologia ansiosa. Senza influenza sulla capacità di lavoro è stata invece diagnosticata, segnatamente una sindrome algica generalizzata aspecifica, alterazioni degenerative del rachide cervicale e lombare con disturbi statici del rachide, un decondizionamento muscolare, un sindrome somatoforme da dolore persistente, obesità, ulcera bulbare trattata e tabagismo. Secondo i periti A. _____ è in grado di riprendere il suo precedente lavoro di commessa nella misura del 90% a partire da maggio 2011; come casalinga l'interessata è stata considerata abile in misura completa (doc. 63 in toto contenente anche le tre perizie specialistiche).

D.c Il Dott. D._____, nel rapporto del 30 settembre 2011, ha ripreso e condiviso quanto espresso dai medici del SAM (doc. 66), attestando un miglioramento rilevante della situazione psichica. Chiamato a prendere posizione sulla situazione da un punto di vista reumatologico (doc. 67, 68), ha precisato che non vi erano limitazioni funzionali oggettivabili.

L'UAIE ha inoltre interpellato lo psichiatra di fiducia, Dott. H._____, il quale ha precisato, nel rapporto del 10 dicembre 2011, che il caso andava esaminato alla luce delle nuove disposizioni finali della 6a revisione della LAI (doc. 70, 73).

D.d Un progetto di decisione comportante la soppressione del diritto alla rendita è stato inviato all'interessata il 3 aprile 2012 (doc. 74).

E.

E.a Con scritto del 16 maggio 2012 (doc. 86) A._____ rappresentata dal Patronato INAPA, si è opposta al progetto, contestando l'asserito miglioramento. Ha prodotto una perizia medica allestita il 15 maggio 2012 dal Dott. I._____, specialista in medicina legale e delle assicurazioni (doc. 77), un referto di esame reumatologico allestito il 2 maggio 2012 dal Dott. L._____ (doc. 78), un referto d'esame psichiatrico dell'11 maggio 2012 a firma e timbro illeggibili a cura dell'ASL di Ugento, Centro di salute mentale (doc. 79), un referto Rx colonne cervicale e lombare, della mano destra e ginocchia bilateralmente del 27 aprile 2012 (doc. 81, 82), una RM delle colonne cervicale e lombosacrale del 27 aprile 2012 (doc. 83), i risultati di un'esofagoduodenogastroscoopia del 30 aprile 2012 (doc. 84), un referto del medico curante, specialista in chirurgia, Dott.ssa M._____ (doc. 85).

E.b L'intera documentazione AI, a partire dal 2005, è stata inviata alla Dott.ssa M._____ in esito a sua richiesta (doc. 88).

E.c

E.c.a Di nuovo interpellato, il Dott. H._____, psichiatra di fiducia dell'UAIE, ha ribadito che la pratica in esame andava esaminata in virtù delle disposizioni finali della 6a revisione della LAI (doc. 91).

E.c.b L'UAIE ha quindi sottoposto il caso al Dott. N._____, generalista, il quale, con rapporto del 6 ottobre 2012 (doc. 93), ha esaminato la documentazione esibita in sede di progetto di decisione ed ha affermato che, dal punto di vista somatico, non ci si trovava in presenza di affezioni debilitanti.

E.c.c Con scritto del 18 dicembre 2012 l'UAIE ha chiesto al Patronato INAPA di produrre tutti i documenti su cui si fondava la perizia del Dott. I. _____ (doc. 94).

Richiamato a pronunciarsi sull'insieme della documentazione, il Dott. N. _____, nel rapporto del 24 febbraio 2013, ha constatato che la quasi totalità dei documenti inviati era già ad atti e, quindi, ha confermato che, dal punto di vista somatico, si era in presenza di disturbi degenerativi oggettivamente leggeri e, per il resto, non vi erano più elementi patologici psichiatrici di rilievo (doc. 126).

E.c.d Per l'aspetto psichiatrico, l'UAIE ha interpellato di nuovo il Dott. H. _____, il quale, nel rapporto del 24 giugno 2013, ha risposto alle domande nell'ottica della procedura di riesame secondo la 6a revisione della LAI e attestato una situazione identica (doc. 129).

E.d Con il nuovo progetto di decisione del 4 luglio 2013, che annullava e sostituiva quello del 3 aprile 2012, l'UAIE ha annunciato una revisione ai sensi della 6a revisione della LAI e ha constatato, in base alle risultanze mediche, che la fibromialgia era priva di comorbidità psichiatrica e che non erano presenti altri criteri che avrebbero potuto mettere in dubbio la possibilità di superare il dolore. Erano pertanto dati i presupposti per procedere alla soppressione della rendita (doc. 130).

F.

F.a Con scritto del 29 luglio 2013 (doc. 134) in lingua tedesca, la ricorrente si è implicitamente opposta al nuovo progetto, lamentando il suo precario stato di salute caratterizzato da dolori diffusi. Ha censurato inoltre la scarsa professionalità nell'esecuzione della perizia da parte del SAM, in quanto i singoli specialisti l'avrebbero esaminata solo brevemente. Ha inoltre allegato i referti d'esami ematochimici del 9 aprile 2013; i risultati di risonanze magnetiche alle ginocchia ed ai piedi e un breve rapporto di visita cardiologica (con ECG ed ecoCG) del 18 luglio 2013 (doc. 131-133).

F.b Chiamato a pronunciarsi in merito il Dott. N. _____, nella sua relazione del 28 agosto 2013 (doc. 136), si è riconfermato nelle precedenti conclusioni.

Un ulteriore termine per produrre documentazione medica è stato concesso all'assicurata. L'UAIE ha segnatamente ricevuto in data 24 settem-

bre 2013 (doc. 137-147; oltre a documentazione già ad atti), un breve referto oculistico dell'11 aprile 2013 per un'emorragia in OS (doc. 137), referti radiografici delle ginocchia e delle mani del 3 agosto 2013 (doc. 142, 144); un verbale di degenza ospedaliera dal 5 al 9 aprile 2013 per febbre e dimagrimento in fibromialgica, come dimissione in buone condizioni di salute (doc. 141 pag. da pag. 1), i risultati di un'ecografia dell'addome superiore (nella norma) dell'8 aprile 2013 ed altri esami in ambito ospedaliero (doc. 141 pag. 12-15).

F.c L'incarto è stato nuovamente sottoposto al Dott. N. _____, il quale ha osservato che molti documenti recentemente esibiti si trovavano già nell'incarto, il ricovero ospedaliero di quattro giorni era dovuto ad un po' di febbre in fibromialgica, mentre i rapporti radiologici (ginocchia, mani, ecc.) non attestavano gravi compromissioni oggettive. I certificati psichiatrici attestavano dal canto loro una patologia espressa dai medici italiani, ossia sindrome ansio-depressiva che in Italia è giudicata severa. Per contro non erano stati esibiti documenti attestanti un importante quadro patologico o un eventuale peggioramento rispetto alla situazione attestata al SAM (doc. 150).

F.d In merito alla critica sulle modalità con cui è stata eseguita la perizia, il Dott. H. _____, nel rapporto del 13 febbraio 2014 (doc. 153), ha dichiarato che è frequente nei malati di fibromialgia e sindrome da dolore somatoforme sostenere che il personale medico non abbia sufficientemente esaminato i loro problemi.

F.e Con un terzo progetto di decisione del 5 marzo 2014 l'UAIE ha di nuovo disposto la soppressione della rendita AI (doc. 155). L'interpellata non ha esercitato il suo diritto di risposta.

F.f Pertanto, mediante decisione del 6 marzo 2014, l'UAIE ha soppresso il diritto alla rendita intera AI con effetto 1° maggio 2014 (doc. 157).

G.

Con ricorso depositato il 14 aprile 2014, A. _____, rappresentata dall'avv. Lina Ratano chiede, in sostanza, l'annullamento del provvedimento amministrativo impugnato, il ripristino del diritto alla rendita intera dalla data di soppressione e protesta spese e ripetibili. Delle motivazioni si dirà per quanto necessario nei considerandi di diritto (doc. TAF 1).

H.

Pendente causa la parte ricorrente ha compilato la domanda di gratuito patrocinio ed ha allegato documenti a sostegno della stessa (doc. TAF 6).

I.

Nella risposta del 13 agosto 2014 l'UAIE propone la reiezione dell'impugnativa (doc. TAF 8). Dei motivi si dirà se necessario nei considerandi di diritto.

J.

Con ordinanza del 15 settembre 2015 il TAF ha sottoposto alle parti per presa di posizione la sentenza del Tribunale federale con cui ha modificato la propria giurisprudenza in materia di disturbi da dolore somatoforme e di malattie ad esso assimilate. (doc. TAF 10).

K.

Con replica del 16 ottobre 2015 la parte ricorrente ha preso posizione sulla risposta dell'UAIE e sull'ordinanza del TAF del 15 settembre 2015 (doc. TAF 17), riconfermandosi nelle conclusioni precedenti. Essa ha prodotto il referto del 12 ottobre 2015 del Dott. O._____, specialista in chirurgia, criminologia e scienze psichiatrico-forensi ed un nuovo certificato della dottoressa M._____.

L.

L.a Sulla nuova giurisprudenza del TF, l'UAIE ha preso posizione il 2 dicembre 2015, osservando che le diagnosi espresse dal SAM sono corrette e motivate e le conclusioni degli esperti possono essere confermate alla luce dei nuovi indicatori standard. L'amministrazione produce inoltre una valutazione della psichiatra Dott.ssa P._____ del 23 novembre 2015 (doc. TAF 19).

L.b Questi atti sono stati sottoposti alla ricorrente, la quale, con scritto del 23 gennaio 2016, si è riconfermata nelle sue precedenti considerazioni (doc. TAF 22).

M.

M.a In data 29 gennaio 2016 i documenti da 56 a 160 dell'incarto dell'UAIE sono stati trasmessi alla ricorrente (doc. TAF 23), la quale, in data 16 marzo 2016, ha confermato le proprie conclusioni (doc. TAF 28).

M.b Con ulteriori osservazioni dell'11 aprile 2016 l'UAIE ha mantenuto le proprie posizioni (doc. TAF 30, 31).

N.

N.a Atteso che l'incarto dell'UAIE appariva carente e mal costituito, il TAF ha invitato l'autorità inferiore a produrre i documenti mancanti e a riordinare l'incarto (doc. TAF 32). L'intera documentazione AI munita dell'indice è stata inviata alla parte ricorrente il 12 luglio 2016 con facoltà di risposta (doc. TAF 34, 35).

N.b Con osservazioni del 30 agosto 2016 (doc. TAF 37) A._____ si è riconfermata nelle sue precedenti considerazioni, così come l'UAIE in data 13 settembre 2016 (doc. TAF 39). Dette osservazioni sono state inviate per conoscenza alla ricorrente il 19 settembre 2016 (doc. TAF 40).

Diritto:

1.

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

2.

2.1 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 del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (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.

2.2 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.

2.3 Il ricorso, tempestivo, rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA) ed è dunque ammissibile.

3.

Il Tribunale amministrativo federale esamina liberamente il diritto federale, l'accertamento dei fatti e l'inadeguatezza senza essere vincolato dai considerandi della decisione impugnata o dai motivi invocati dalle parti. In altri termini, il ricorso può essere accolto per ragioni diverse da quelle addotte dalla ricorrente (art. 62 cpv. 4 PA) o respinto in virtù d'argomenti che la decisione impugnata non ha preso in considerazione (cfr. DTF 134 III 102 consid. 1.1 e DTF 133 V 515 consid. 1.3 e relativo riferimento).

4.

In virtù dell'art. 12 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) ed a motivare il proprio 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 queste emergono dagli argomenti delle parti o dall'incarto (DTF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c e sentenza del TAF C-6034/2009 del 20 gennaio 2010 consid. 2).

5.

Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata pronunciata, il concreto il 6 marzo 2014. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenza del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

6.

6.1 Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché 129 V 1 consid. 1.2). Se è intervenuto un cambiamento delle norme legislative 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).

6.2 Per quel che concerne il diritto interno, le modifiche disposte dalla 6^a revisione della LAI, entrate in vigore il 1° gennaio 2012, sono pertanto applicabili al caso di specie - oggetto del contendere essendo la soppressione della rendita a far tempo dal 30 aprile 2014 - pur non avendo comportato dei cambiamenti rispetto al vecchio diritto in merito alla valutazione dell'invalidità.

7.

7.1 L'Accordo sulla libera circolazione delle persone, del 21 giugno 1999, fra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681) con il suo allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. In questo contesto, dal 1° aprile 2012 l'ALC si riferisce al regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, così come il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 che regola le modalità d'applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (RS 0.831.109.268.1 e 0.831.109.268.11). Questi regolamenti sono dunque applicabili nella specie (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_445/2011 del 4 maggio 2012). Conformemente all'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro come i cittadini di tale Stato. Il regolamento (CE) n. 1408/71, al quale l'ALC rinviava per il periodo precedente il 31 marzo 2012, conteneva una disposizione simile al suo art. 3 cpv. 1.

7.2 Il riconoscimento all'estero di una rendita d'invalidità secondo il rispettivo sistema di sicurezza sociale non pregiudica la valutazione dell'invalidità secondo il diritto svizzero (sentenza del Tribunale federale del 4 febbraio 2003 I 435/02). Anche dall'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato va infatti determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (art. 46 del regolamento [CE] n. 883/2004 in relazione con l'allegato VII dello stesso regolamento; rispettivamente, per il diritto in vigore fino al 31 marzo 2012, art. 40 cpv. 4 in relazione con l'allegato V del regolamento 1408/71; cfr. anche DTF 130 V 253 consid. 2.4; sentenza del Tribunale federale I 376/05 del 5 agosto 2005 consid. 3.1). Deve essere comunque dato per acquisito che la documentazione medica ed amministrativa prodotta dagli istituti di sicurezza sociale di un altro Stato membro deve essere presa in considerazione (art. 49 cpv. 2 del regolamento (CE) n. 987/2009).

8.

Nel caso in esame oggetto del contendere è la soppressione, con effetto dal 30 aprile 2014, della rendita intera erogata a A._____ dal 1° settembre 1999 (doc. 6).

8.1 L'UAI, che nel corso del 2010, ha avviato la procedura di revisione alla luce dell'art. 17 LPGa, ha in seguito 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 da questo punto di vista non giustificava l'erogazione di una rendita.

8.2 L'assicurata dal canto suo ha contestato in via preliminare la violazione del diritto di essere sentito, in quanto non le sarebbero stati resi noti i documenti posti alla base della decisione impugnata. Nel merito ha fatto valere che i documenti da lei prodotti non sono stati adeguatamente esaminati dall'amministrazione, che si sarebbe fondata esclusivamente sulle risultanze scaturite dalla perizia del SAM. La stessa ha inoltre insistito diffusamente sulle patologie reumatologiche che, a suo dire, sarebbero state sottovalutate.

9. In via preliminare va esaminato se il diritto di essere sentito è stato violato (DTF 127 V 431 consid. 3d/aa; 124 I 49 consid. 1).

9.1 Il diritto di essere sentito, sancito dall'art. 29 cpv. 2 Cost., garantisce all'interessato il diritto di esprimersi prima che sia resa una decisione sfavorevole nei suoi confronti, il diritto di prendere visione dell'incarto, la facoltà di offrire mezzi di prova su fatti suscettibili di influire sul giudizio, di

esigerne l'assunzione, di partecipare alla loro assunzione e di potersi esprimere sulle relative risultanze, nella misura in cui esse possano influire sulla decisione (DTF 135 II 286 consid. 5.1 con rinvii; 122 V 157 consid. 1a; sentenze del TF 4A_35/2010 del 19 maggio 2010 e 8C_321/2009 del 9 settembre 2009). Tale garanzia non serve solo a chiarire i fatti, bensì rappresenta anche un diritto individuale di partecipare alla pronuncia di una decisione mirata sulla persona in quanto tale. Il diritto di essere sentito è quindi da un lato, il mezzo d'istruzione della causa, dall'altro un diritto della parte di partecipare all'emanazione della decisione che concerne la sua situazione giuridica. Garantisce quindi l'equità del procedimento (ADELIO SCOLARI, Diritto amministrativo, parte generale, 2002, n. 483 seg. con rinvii; HÄFELIN/HALLER/KELLER, Schweizerisches Bundesstaatsrecht, 8. ed., 2012, n. 835).

9.2 Il diritto di essere sentito è previsto, nella procedura amministrativa federale, agli art. 26-28 PA (diritto di esaminare gli atti) e agli art. 29-33 PA (diritto di essere sentito *stricto sensu*), in materia di assicurazioni sociali all'art. 42 LPGa (diritto di essere sentito *stricto sensu*) e, infine, per quanto riguarda la procedura di preavviso, all'art. 57a cpv. 1 LAI il quale stabilisce che l'Ufficio AI comunica all'assicurato, per mezzo di un preavviso, la decisione prevista in merito alla domanda di prestazione o alla soppressione o riduzione della prestazione già assegnata. L'assicurato ha diritto di essere sentito conformemente all'art. 42 LPGa.

9.3 Detto diritto, così come quello di consultare gli atti (DTF 132 V 387 consid. 5.2), è una garanzia di natura formale, la cui violazione implica, di principio, l'annullamento della decisione, indipendentemente dalle possibilità di successo del ricorso nel merito (DTF 134 V 97; 132 V 387 consid. 5.1 con rinvii). Restano tuttavia riservati nella prassi i casi in cui la violazione è leggera e può essere sanata dinanzi ad un'autorità che dispone di pieno potere d'esame e meglio che può esaminare la decisione sia da un punto di vista del diritto che dei fatti. Il rinvio degli atti all'autorità inferiore, affinché questa proceda a sanare la violazione del diritto di essere sentito, avviene quindi quando si è in presenza di una grave violazione della garanzia procedurale. È tuttavia possibile prescindere da un rinvio se l'operazione si esaurirebbe in uno sterile esercizio procedurale e procrastinerebbe inutilmente il processo in contrasto con l'interesse della parte – di pari rango del diritto di essere sentito – di essere giudicata celermente (DTF 132 V 387 consid. 5.1).

9.4 Se un atto è, senza alcun dubbio, un elemento fondamentale per la pronuncia della decisione, la mancata trasmissione, prima dell'emanazione

della stessa e quindi anche precedentemente alla pronuncia della decisione emanata nell'ambito della procedura di audizione in materia di assicurazione invalidità, costituisce una grave violazione del diritto di essere sentito, che non può essere sanata (cfr. in questo senso DTF 132 V 387 consid. 5.2).

9.5 Infine va rilevato che se è vero che una parte deve, di principio, formulare una domanda al fine di consultare gli atti (art. 8 cpv. 1 LPGA), è pur vero che ciò presuppone che essa venga informata dell'assunzione di nuovi atti decisivi, che non conosce e nemmeno può conoscere (DTF 132 V 387 consid. 6.2).

10.

10.1

10.1.1 In concreto dagli atti emerge che, dopo la pronuncia del (primo) progetto di decisione del 3 aprile 2012 (doc. 74), la Dott.ssa M. _____, medico curante dell'assicurata, ha chiesto all'UAIE di trasmetterle tutta la documentazione sanitaria in suo possesso a partire dal 2005, così come la relazione del SAM (doc. 87). Gli atti le sono stati inviati il 29 maggio 2012 (doc. 88) e erano comprensivi della perizia plurisciplinare esperita dal SAM il 31 agosto 2011 (doc. 63), determinante per la risoluzione della vertenza (consid. D.b e E).

10.1.2 In seguito e fino alla pronuncia della decisione impugnata (doc. 157) l'UAIE non ha per contro trasmesso alcunché alla ricorrente, che pertanto non ha potuto esaminare le prese di posizione dei medici interni all'UAIE (consid. E), a far tempo dal 30 maggio 2012 fino alla decisione impugnata.

10.1.3 Pendente causa di ricorso, quindi, su espressa richiesta della ricorrente, questa Corte ha trasmesso i documenti mancanti (doc. da 56 a 160, doc. TAF 23), dandole la possibilità di esprimersi (doc. TAF 28). In seguito è pure stato trasmesso, per presa di posizione, l'incarto completato in seguito dall'UAIE, munito dell'indice degli atti (doc. TAF 34, doc. TAF 32-35, consid. M). Il 16 marzo 2016 l'assicurata ha quindi confermato le sue conclusioni (doc. TAF 37).

10.2

10.2.1 Da quanto sopra esposto emerge che l'UAIE ha provveduto a trasmettere solo parzialmente alla ricorrente i documenti in base ai quali ha

pronunciato la decisione di soppressione della rendita. In effetti la documentazione emessa posteriormente al 29 maggio 2012, in particolare numerose prese di posizione dei medici SMR, tra l'altro, sulla questione se al caso concreto andavano applicate le disposizioni finali della sesta revisione della LAI (ad esempio doc. 91, 93, 126, 129), non le sono state rese note prima della pronuncia della decisione impugnata. Tale procedere costituisce senz'altro una violazione del diritto di essere sentito. In effetti, malgrado la perizia del SAM sia stata intimata alla ricorrente, l'UAIE ha provveduto, dopo la sua esecuzione, a richiedere ulteriori pareri medici al fine di completare gli atti, in particolare in relazione ai motivi per cui la rendita andava soppressa segnatamente un miglioramento dello stato di salute oppure la disposizione finale della sesta revisione della LAI. Anche tali atti andavano sottoposti alla ricorrente, non essendo a lei noto che era stata ventilata l'eventualità di riesaminare la rendita per motivi diversi da quelli per cui la revisione era stata avviata.

10.2.2 La questione se, detta violazione ha potuto essere sanata pendente causa tramite la trasmissione, da parte del TAF, in due occasioni, della documentazione mancante rispettivamente se la gravità della stessa non lo ha permesso, non va tuttavia risolta in questa sede, ritenuto che il ricorso va comunque accolto e gli atti rinviati all'amministrazione per altri motivi.

11.

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

11.2 Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione

ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è oggettivamente superabile.

12.

12.1 Giusta l'art. 17 cpv. 1 LPGA, 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 allorché 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 sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 [OAI, RS 831.201]). Se, di contro, è stata fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità è modificato in misura rilevante per il diritto a prestazioni (art. 87 cpv. 3 OAI).

12.2 La giurisprudenza ha stabilito che le rendite d'invalidità sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche nell'ipotesi in cui lo stato di salute è rimasto invariato, mentre le conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 113 V 275 consid. 1a). La semplice valutazione diversa di circostanze di fatto rimaste sostanzialmente invariate non giustifica una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). L'istituto della revisione non può infatti giustificare un riesame incondizionato del diritto alla rendita (cfr. anche: RUDOLF RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: SCHAFFHAUSER/SCHLAURI, Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, San Gallo, 1999, p. 15).

Per le rendite dell'assicurazione invalidità, infine, anche una modifica di poco conto dello stato di fatto determinante può dare luogo a una revisione se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di una soglia minima (DTF 133 V 545 consid. 6 con riferimenti a dottrina e giurisprudenza).

12.3 L'istituto della revisione è stato concepito per tenere conto di modifiche riguardanti la situazione personale degli assicurati, quali lo stato di salute e fattori economici. Non ne fanno per contro parte i dati statistici essendo dei fattori esterni (DTF 133 V 545 consid. 7.1 pag. 548). Al riguardo il Tribunale federale ha precisato - in una vertenza in cui lo stato di salute era rimasto invariato - che modifiche di poco conto nei dati statistici salariali non giustificavano una revisione, nemmeno se, a seguito di queste modifiche, il valore limite veniva superato per eccesso o per difetto (DTF 133 V 545 consid. 7.3 pag. 549).

Per le stesse considerazioni, la possibilità di procedere ad una revisione va ugualmente negata se la modifica dei soli valori statistici è di un certo rilievo. Se infatti risulta che il motivo effettivo per una revisione del diritto alla rendita risiede nella modifica dei valori statistici (tabellari), simile operazione deve essere esclusa (sentenza 9C_696/2007 succitata pubblicata in RTiD 2010 II p. 197 consid. 5.3).

Va ancora rilevato che nel diritto delle assicurazioni sociali, fatte salve le disposizioni transitorie e, se del caso, la presenza di diritti acquisiti, le decisioni inizialmente non erronee riguardanti prestazioni durevoli vanno di regola adattate alle modifiche di legge risultanti dall'intervento del legislatore (DTF 121 V 157 consid. 4a pag. 161 seg.). Per contro, una nuova prassi amministrativa o giudiziaria non giustifica, di principio, la modifica di prestazioni durevoli fondate su una decisione cresciuta in giudicato (DTF 129 V 200 consid. 1.2 pag. 202; 121 V 157 consid. 4a pag. 162; 120 V 128 consid. 3b pag. 132 con riferimenti). Anche una modifica giurisprudenziale può comportare eccezionalmente la modifica (pro futuro) di una decisione cresciuta in giudicato se la nuova prassi riveste una portata tale che la sua inosservanza darebbe luogo a una violazione del principio dell'uguaglianza di trattamento, in particolare se la precedente prassi rimanesse valida solo per pochi assicurati (DTF 135 V 201 consid. 7.2.2 pag. 214, 227 consid. 6.2.2, 129 V 200 consid. 1.2 pag. 202; 121 V 157 consid. 4 pag. 162; 120 V 128 consid. 3c pag. 132, 115 V 308 consid. 4a/dd pag. 314). Ciò si impone segnatamente se il mantenimento della decisione iniziale non è assolutamente più sostenibile alla luce della nuova giurisprudenza e se quest'ultima ha una tale portata generale che la sua mancata applicazione in un singolo caso equivarrebbe a privilegiare (o discriminare) l'interessato in maniera scioccante, violando il principio della parità di trattamento (SVR 1995 IV n. 60 pag. 171 consid. 4a pag. 173, I 382/04; RTiD 2010 II p. 197 consid. 6).

13.

13.1 L'art. 88a cpv. 1 OAI prevede che se la capacità al guadagno dell'assicurato o la capacità di svolgere le mansioni consuete migliora oppure se la grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità si riduce, il cambiamento va considerato ai fini della riduzione o della soppressione del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare.

13.2 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 lett. a OAI).

14.

14.1 Al fine di accertare se il grado di invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni, si deve confrontare, dal profilo temporale, da un lato, la situazione di fatto posta alla base dell'ultima decisione cresciuta in giudicato l'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita dopo contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi (nell'ipotesi in cui vi siano indizi in favore di una modifica delle conseguenze dello stato di salute) e, dall'altro lato, la situazione di fatto vigente all'epoca del provvedimento litigioso (DTF 133 V 108, 130 V 71, sentenza del TF I 759/06 del 5 settembre 2007).

14.2 In concreto il periodo di riferimento è quello intercorrente fra la decisione iniziale del 29 ottobre 2002, con cui è stata erogata la rendita intera AI con effetto dal 1° settembre 1999, e il 6 marzo 2014, data della decisione impugnata. In effetti nel corso della revisione avviata nel 2005 non è stato effettuato alcun esame approfondito della situazione medica, per cui la comunicazione del 4 settembre 2006 non può essere ritenuta come punto di riferimento (doc. 25).

15.

15.1 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. art. 28a cpv. 1, per valutare il

grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi).

15.2 In assenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il grado d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, 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).

15.3 Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (DTF 137 V 210 consid. 6.2.2, sentenza del TF 8C_153/2007 del 7 maggio 2008; DTF 125 V 351 consid. 3a pag. 352; 122 V 157 consid. 1c pag. 160; HANS-JAKOB MOSIMANN, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 2001, pag. 266). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. la Corte ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove (art. 40 PC e art. 19 PA, art. 95 cpv. 2, art. 113 e 132 vOG) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie.

15.4 Una valutazione medica completa, comprensibile e concludente che, considerata a sé stante in occasione di un'unica (prima) valutazione del

diritto alla rendita, andrebbe ritenuta probante, non assurge a prova attendibile in caso di revisione, se non attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento nello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.2). Dalla perizia deve quindi emergere chiaramente che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità. L'accertamento di una modifica dei fatti è in particolare sufficientemente comprovata se i periti descrivono quali aspetti concreti nell'evoluzione della malattia e nell'andamento dell'incapacità lavorativa hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica e alla stima dell'entità dei disturbi. Le summenzionate esigenze devono trovare riscontro nel tenore delle domande poste al perito (sentenza del TF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid 4.3).

16.

16.1 Giusta le disposizioni finali della modifica del 18 marzo 2011 (6a revisione AI, primo pacchetto di misure, RU 2011 5659; FF 2010 1603), alla lett. a: intitolata "Riesame delle rendite assegnate sulla base di una sindrome senza patogenesi o eziologia chiare e senza causa organica comprovata", cpv. 1 "le rendite assegnate sulla base di una sindrome senza patogenesi o eziologia chiare e senza causa organica comprovata sono riesaminate entro 3 anni dall'entrata in vigore della presente modifica. Se le condizioni di cui all'art. 7 LPGA non sono soddisfatte, la rendita è ridotta o soppressa, anche qualora le condizioni dell'art. 17 cpv. 1 LPGA non sono adempiute".

Per il capoverso 2 l'assicurato la cui rendita è ridotta o soppressa ha diritto ai provvedimenti di integrazione di cui all'art. 8a. Questo diritto non comporta il diritto alla prestazione transitoria di cui all'art. 32 cpv. 1 lett. c. Secondo il capoverso 3 l'assicurato continua a percepire la rendita durante l'esecuzione dei provvedimenti di integrazione di cui all'art. 8a e fino alla conclusione degli stessi, ma al massimo per due anni dal momento della riduzione o soppressione della rendita. Per il capoverso 4, inoltre, il capoverso 1 non si applica a coloro che al momento dell'entrata in vigore della presente modifica hanno compiuto i 55 anni o che, al momento in cui è avviata la procedura di riesame percepiscono una rendita dell'assicurazione per l'invalidità da oltre 15 anni.

16.2

16.2.1 Secondo giurisprudenza i disturbi da dolore somatoforme, la fibromialgia, l'anestesia e la perdita sensoriale dissociativa, 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 contraccolpo (colpo di frusta) sono considerate sindromi senza patogenesi o eziologia chiara (DTF 140 V 8 consid. 2.2.1.3 e 139 V 547 consid. 2.2). Non sono per contro ritenuti tali i disturbi per i quali può essere formulata una diagnosi chiara basata su esami clinici psichiatrici, quali ad esempio la depressione, 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.).

16.2.2 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 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 chiara può anche essere ricondotta a 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).

16.2.3 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).

La parte d'incapacità lavorativa riconducibile a cause organiche può tuttavia essere riesaminata, nell'ambito dell'applicazione delle disposizioni finali, solo se è intervenuta una modifica ai sensi dell'art. 17 LPG (sentenza del TF 9C_121/2014 del 3 settembre 2014 consid. 2.4.2).

16.2.4 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, conto 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).

16.3 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 costituisce 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).

16.4 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 unicamente la possibilità di concludere in favore di una capacità lavorativa completa oppure per un'incapacità lavorativa totale, 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).

16.5 Il Tribunale federale ha stabilito degli indicatori per la valutazione del carattere invalidante delle affezioni psicosomatiche, suddividendoli in due categorie (consid. 4.1.3), segnatamente quella relativa alla gravità funzionale e quella intitolata "coerenza" (aspetti del comportamento). Gli indicatori di cui alla prima categoria costituiscono la base della valutazione del caso concreto, le cui conclusioni dovranno poi essere analizzate nell'ambito dell'esame della fattispecie 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).

16.6 Per quanto attiene agli indicatori, 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 considerare 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).

16.7 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).

16.8 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 il loro valore probatorio. Nel singolo caso, occorre esaminare, tenuto conto 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 peritale può essere sufficiente (DTF 141 V 281 consid. 8).

17.

17.1 Nel caso in esame l'amministrazione, pendente causa, ha soppresso il diritto alla rendita in virtù delle disposizioni finali della sesta revisione della LAI (consid. 8.1). Del resto dal punto di vista somatico già al momento dell'assegnazione della rendita erano già state constatate limitazioni minime (consid. 18.1).

17.2 In via preliminare va rilevato che né al momento dell'avvio della procedura né nell'istante della decisione impugnata la ricorrente percepiva la rendita da 15 anni né aveva già compiuto 55 anni (sentenza del TF 8C_576/2014 consid. 4.3, DTF 139 V 422 consid. 3 e seg., 140 V 15 consid. 5.2).

17.3 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. 18.1), 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).

18.

18.1 Nel caso in esame la perizia dell'8 febbraio 2001, su cui si è fondata l'amministrazione per riconoscere la rendita intera all'assicurata con effetto dal 1° settembre 1999, eseguita presso la clinica universitaria reumatologica C._____ di Basilea, attestava le diagnosi di "generalisiertes Schmerzsyndrom, chronisches Lumbovertebralsyndrom bei Wirbelsäulenfehlform und muskulaerer 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" (doc. 2 pag.12-18, in particolare pag. 6).

Da un punto di vista reumatologico la capacità lavorativa in attività leggere fino a medio leggere era stata considerata totale, a condizione che fosse

possibile cambiare spesso posizione, non trasportare o sollevare pesi sopra i 10kg e non fosse necessario inginocchiarsi spesso (doc. 2 pag. 17).

Da un punto di vista psichiatrico è stata diagnosticata una “anhaltende somatoforme Schmerzstörung ICD 10 F 45-4 bei einer strukturierte Persönlichkeit, mentre la capacità lavorativa è stata considerata pari al 50% (doc. 2 pag. 11). Il perito ha precisato che “auffallend bei der Versicherten ist auch eine Tendenz, gefühlsmässige Inhalte zu verleugnen und abzuspalten, so dass die Verlagerung psychischer Probleme auf die somatische Ebene nicht weiter zu verwundern ist“. L'esperto ha pure consigliato diversi approcci terapeutici.

18.2 Nel 2006 è stato confermato il diritto alla rendita intera. L'amministrazione si è 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 del 50% in un'attività adeguata o nella precedente attività.

19.

19.1

19.1.1 In occasione della revisione in esame il SAM, nella perizia pluridisciplinare fondata sui consulti degli specialisti G._____, reumatologo, E._____, neurologo e F._____, psichiatra, redatta il 31 agosto 2011, ha posto la diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa di lieve sintomatologia ansiosa (non catalogata nell'ICD 10; secondo lo psichiatra Dott. F._____ combinata con sindrome somatoforme da dolore persistente, doc. 63 pag. 37); senza influenza sulla capacità di lavoro ha diagnosticato, sindrome algica generalizzata aspecifica (non ha potuto per contro essere posta la diagnosi di fibromialgia, doc. 63 pag. 15, alcuni punti non rientrando nel quadro tipico), 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 (ICD10-F45.4, doc. 63 pag. 37), obesità, ulcera bulbare trattata, tabagismo cronico (doc. 63 pag. 13).

Secondo i periti “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”. 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 pag. 15), nell’attività precedentemente esercitata e in attività adatte che tengano conto delle limitazioni indicate a pag. 18.

19.1.2 Per quanto riguarda la diagnosi psichiatrica (sindrome somatoforme da dolore persistente e lieve sintomatologia ansiosa) i periti hanno attestato che i disturbi sono di lieve entità (doc. 63 pag. 37) e 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. 16).

19.1.3 Complessivamente la capacità lavorativa residua è stata considerata pari al 90% (intesa come riduzione del rendimento) nell’attività di commessa presso una gioielleria a partire da maggio 2011 e totale nelle mansioni consuete di casalinga (doc. 63 pag. 16). Secondo gli esperti la riduzione è riconducibile unicamente alla diagnosi psichiatrica. “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”. Secondo l’esperto “la riduzione della capacità lavorativa col 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 pag. 17).

I periti consigliano infine l’esecuzione di cure specifiche sia da un punto di vista reumatologico che psichiatrico (doc. 63 pag. 18).

19.1.4 Da un punto di vista neurologico non è stata posta alcuna diagnosi né è stata riscontrata alcuna incapacità lavorativa (doc. 63 pag. 31).

20.

20.1 Da quanto sopra esposto emerge che l’assicurata soffrirebbe a tutt’ora di sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD 10 45.40; si confronti anche il doc. 129, redatto dal dottor H. _____ secondo cui nulla da questo punto di vista è mutato, unicamente la legislazione svizzera),

così come di malattie degenerative di natura prettamente reumatologica dell'apparato scheletrico, specialmente alla colonna vertebrale e alle ginocchia. Inoltre è stata diagnosticata una lieve sintomatologia ansiosa (non classificata), in precedenza inesistente. In simili condizioni da un punto di vista della diagnosi la situazione non risulta essere migliorata ritenuto che in precedenza la sintomatologia ansiosa non era presente e che le malattie degenerative paiono essere, nella migliore delle ipotesi (si confronti il rapporto del Dott. I. _____, consid. 21), stazionarie. Una modifica dello stato di salute ai sensi dell'art. 17 LPGA non sembra pertanto essere intervenuta.

20.2 Da un punto di vista delle conseguenze del danno alla salute sulla capacità lavorativa, per contro, la situazione appare, secondo gli esperti, - malgrado una situazione di salute rimasta stazionaria (anche doc. 129) - migliorata da un punto di vista psichiatrico nella misura del 40% (in precedenza la riduzione della capacità lavorativa per motivi psichiatrici era pari al 50%, al momento della perizia al 10%). Tale miglioramento sarebbe riconducibile, secondo lo psichiatra, ad un certo adattamento dell'assicurata al suo stato (doc. 63 pag. 17). Ulteriori motivazioni non vengono addotte.

21.

21.1 Dal canto suo il Dott. I. _____, in data 14 maggio 2012, in un rapporto dettagliato, (doc. 77 pag. 4 e 6), ha ritenuto la paziente inabile in qualsiasi lavoro in misura dell'80% per sindrome fibromialgica generalizzata con entesopatie diffuse e sindrome miofaciale discendente del rachide cervicale, spondilodiscoartrosi, lombalgia con radicolopatia arto inferiore destro, gonalgia bilaterale, esiti di interventi al tunnel carpale bilateralmente, cefalea, sindrome ansio-depressiva grave, esofagite da reflusso con gastroduodenopatia congestizia (doc. 77), precisando che: "Si ribadisce che sono presenti i segni clinici di deficit cervico-radicolari; è presente la sintomatologia dolorosa in sede dorsale, lombare con irradiazione ai polpacci bilateralmente e sensazione di addormentamento ai piedi durante la deambulazione; è presente altresì dolore a livello delle ginocchia e dei piedi" (...). 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'invalità permanente complessivamente valutabile all'80% del totale".

21.2 Pendente ricorso A. _____ ha prodotto anche il referto del 12 ottobre 2015 del Dott. O. _____, che ribadisce la diagnosi di grave sindrome depressiva con scarsa risposta ai medicinali così come un nuovo certificato della Dott.ssa M. _____, non datato, ma riportante la diagnosi di sindrome fibromialgica diffusa e cronica, facile affaticabilità, 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.

22.

In concreto la questione se il rapporto del Dott. I. _____, -i rapporti successivamente trasmessi non vanno considerati in quanto rilasciati un anno e mezzo dopo la decisione impugnata-, da cui emerge tra l'altro una diagnosi psichiatrica apparentemente più grave rispetto a quanto attestato dal SAM, rispettivamente una maggior incidenza delle patologie reumatologiche sulla capacità lavorativa, è atta a metterne in discussione le conclusioni – attestando semmai un peggioramento dello stato di salute, non un miglioramento - può restare indecisa. La perizia in questione non può in ogni caso essere posta alla base del presente giudizio in quanto incompleta, non sufficientemente motivata e quindi non concludente.

23.

23.1 In primo luogo va rilevato che l'esame medico deve fornire un quadro aggiornato della situazione di salute dell'assicurato al momento della revisione (sentenza 8C_773/2013 del 6 marzo 2014). Questa condizione non è palesemente adempiuta nel caso di specie. In effetti la perizia del SAM è stata eseguita nel settembre 2011, mentre la decisione impugnata risale al marzo 2014. In simili condizioni non è in alcun modo nota l'evoluzione dello stato di salute da un punto di vista reumatologico, psichiatrico ed eventualmente neurologico (tenuto conto delle numerose problematiche alla colonna lombare e cervicale e le indicazioni di deficit cervico/radicolari) dal momento della redazione della perizia fino alla pronuncia della decisione impugnata e quindi sull'arco di due anni e mezzo.

I rapporti SMR redatti in seguito non sono inoltre atti a completare l'accertamento carente, essendosi i medici interpellati chinati, da un lato, su altri temi, segnatamente sull'applicabilità delle disposizioni finali succitate, e dall'altro sul fatto che da un punto di vista dell'affezione somatoforme la situazione non era mutata (doc. 129). Inoltre essi risultano troppo concisi e pertanto non rilevanti al riguardo (ad esempio doc. 150, comunque non redatto da uno specialista).

Già solo per questi motivi, in quanto incompleto in relazione all'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti, il referto non può essere posto alla base della presente vertenza.

23.2

23.2.1 Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale pubblicata in DTF 141 V 281 consid. 2.1.1, pag. 285), inoltre la diagnosi di disturbo somatoforme da dolore persistente o di altre patologie analoghe dev'essere motivata dall'esperto in modo tale che coloro che si occupano di applicare il diritto siano in grado di comprendere se le condizioni di cui alla classificazione internazionale (ICD-10 Ziff. F45.40) sono effettivamente adempiute. In particolare va tenuto conto del grado di gravità del danno alla salute. Secondo la classificazione menzionata dev'essere infatti presente quale disturbo predominante un dolore persistente, marcato e penoso, le cui conseguenze si manifestano in un significativo incremento del sostegno e dell'attenzione, sia personale che medico (si confronti in proposito anche la circolare sull'invalidità e la grande invalidità nell'assicurazione invalidità, stato al 1 marzo 2016, N 1003, sentenze del TF 9C_862/2014 del 17 settembre 2015 consid. 3.2, 4.2, 4.2.1, 4.2.3, 9C_492/2014 del 2 giugno 2015 consid. 2.1).

23.2.2 In concreto sia dalla perizia del SAM che da quella del Dott. F._____ emerge unicamente la diagnosi di sindrome somatoforme da dolore persistente combinata con una lieve sintomatologia ansiosa (tra l'altro quest'ultima non classificata, doc. 63 pag. 37). Questa diagnosi è confermata dal Dott. H._____ (doc. 129). In entrambi i referti non vi è per contro il benché minimo accenno al grado di gravità della patologia, segnatamente all'intensità del dolore (si confronti doc. 63 pag. 36). Neppure un incremento significativo del bisogno di sostegno personale o medico emerge dagli atti. In simili circostanze non è pertanto possibile accertare, con il grado della verosimiglianza valido nelle assicurazioni sociali, se la malattia diagnosticata corrisponde effettivamente alla descrizione di cui all'ICD-10 F45.40 e quindi se la patologia esisteva ancora al momento della

redazione della perizia rispettivamente della pronuncia della decisione impugnata, a maggior ragione, in virtù della precisazione del perito, nell'ambito della valutazione della capacità lavorativa, secondo cui i disturbi somatoformi e ansiosi sono di lieve entità (consid. 17.3). Infine neppure gli indicatori standard sviluppati dalla recente giurisprudenza del Tribunale federale non stati esaminati.

23.2.3 Visto quanto sopra anche da questo punto di vista la perizia non è pertanto conforme alla nuova giurisprudenza del Tribunale federale (TF 9C_862/2014 del 17 settembre 2015 consid. 4.3).

23.3 Infine ritenuto che l'UAIE ha proceduto a riesaminare il diritto alla rendita secondo le disposizioni finali summenzionate e non secondo l'art. 17 LPGA (sia al momento dell'assegnazione della rendita che a tutt'oggi le patologie reumatologiche non causerebbero, a detta dei periti, inabilità lavorativa), avrebbe dovuto, prima di sopprimere la rendita, effettuare un tentativo di reintegrazione professionale, al fine di stabilire se per l'assicurata una ripresa lavorativa era esigibile (consid. 16.2.4). Ciò non è tuttavia avvenuto.

La decisione impugnata viola pertanto il diritto federale e si fonda su un accertamento incompleto dei fatti rilevanti. Essa va pertanto annullata.

24.

24.1 In tale ipotesi il Tribunale amministrativo federale può sostituirsi all'autorità inferiore e statuire direttamente nel merito o rinviare la causa, con istruzioni vincolanti, all'autorità inferiore per nuova decisione (cfr. sentenza del TAF C-4652/2012 del 18 aprile 2013). In particolare esso si sostituirà all'autorità inferiore se gli atti sono completi o comunque sufficienti per statuire (sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii; DTF 126 II 43; 125 II 326).

24.2 In concreto l'incarto va rinviato all'istanza precedente essendo l'accertamento dei fatti rilevanti da un punto di vista medico lacunoso in più punti. In primo luogo è completamente carente l'accertamento specialistico pluridisciplinare relativo allo stato di salute e alla capacità lavorativa dal settembre 2011, istante in cui è stata esperita la perizia pluridisciplinare, fino alla data della decisione impugnata. In secondo luogo gli accertamenti esperiti

dal SAM sono incompleti, in quanto non rispettano i dettami della giurisprudenza pubblicata in DTF 141 V 281 e pertanto vanno integralmente sostituiti. Dal nuovo referto, che esaminerà l'assicurata da un punto di vista internistico, reumatologico, psichiatrico e neurologico, si dovrà in particolare poter 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, in particolare con 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. Dovrà altresì emergere l'eventuale diagnosi psichiatrica (con indicazione della relativa classificazione internazionale) e le conseguenze del danno alla salute sulla capacità lavorativa ed infine una valutazione interdisciplinare della capacità lavorativa residua concordata tra i periti.

Alla luce dei nuovi accertamenti specialistici l'amministrazione statuirà nuovamente sul grado di invalidità dell'assicurata e quindi sull'eventuale necessità di procedere ad un riesame rispettivamente una revisione della rendita. Se del caso procederà a porre in atto dei provvedimenti integrativi, al fine di verificare se, l'eventuale capacità lavorativa residua è realizzabile in un mercato del lavoro equilibrato (consid. 16.2.4).

In siffatte circostanze, neppure la giurisprudenza del Tribunale federale pubblicata in DTF 137 V 210 (segnatamente consid. 4.4.1.4; DTF 139 V 99 consid. 1) si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completare l'istruttoria nel senso indicato.

25.

25.1 Visto l'esito del ricorso non è giustificato prelevare spese processuali (art. 63 cpv. 1 seconda frase PA).

25.2 Essendo vincente e patrocinata in causa si giustifica assegnare all'insorgente, un'indennità a titolo di spese ripetibili di fr. 2'800 (spese incluse, IVA esclusa, in assenza di una nota dettagliata, art. 14 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]), che vanno poste a carico dell'UAIE (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 cpv. 1 a 3 del citato regolamento).

25.3 La domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio è pertanto priva di oggetto.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

In accoglimento del ricorso, la decisione impugnata è annullata e l'incarto è rinviato all'amministrazione affinché esegua gli accertamenti indicati ai considerandi 23 e 24, e, alla luce delle risultanze istruttorie, si pronunci nuovamente sul grado di invalidità di A._____.

2.

Non si prelevano spese processuali.

3.

L'UAIE rifonderà alla ricorrente fr. 2'800.- a titolo di ripetibili.

4.

La domanda di assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio è priva di oggetto.

5.

Comunicazione a:

- rappresentante della ricorrente (raccomandata con ricevuta di ritorno)
- autorità inferiore (n. di rif. ; raccomandata)
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna (raccomandata)

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Dario Croci Torti

(I rimedi giuridici sono indicati alla pagina seguente)

Rimedi giuridici:

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

Data di spedizione: