



Corte III
C-4426/2017

Sentenza del 26 febbraio 2020

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Caroline Gehring, Viktoria Helfenstein,
cancelliere Oliver Engel.

Parti

A. _____, (Spagna)
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli
assicurati residenti all'estero UAIE,**
autorità inferiore.

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità; revisione della rendita ai sensi
delle disposizioni finali della modifica del 18 marzo 2011
della LAI (decisione del 13 luglio 2017).

Fatti:**A.**

A._____ (di seguito: interessata, ricorrente o insorgente), cittadina spagnola, nata il (...) 1958, vedova, ha lavorato in Svizzera, dal settembre 1990 all'agosto 1997, presso diversi datori di lavoro. A partire dal 1° dicembre 1992, è stata dipendente dell'Ospedale regionale di (...), in qualità di ausiliaria di pulizia, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. A seguito del licenziamento da parte del datore di lavoro, l'interessata non ha più lavorato (doc. 31 pag. 5) e nel 2006 ha fatto ritorno in patria (doc. 174).

B.

B.a A partire da maggio 1996, l'interessata ha iniziato a lamentare persistenti dolori diffusi alla schiena ed agli arti (cfr. doc. 31 e segg.). L'8 aprile 1997 ha presentato una prima domanda di rendita d'invalidità svizzera (doc. 76).

B.b Con decisione del 2 dicembre 1998, l'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Canton B._____ (UAI-B._____) ha respinto la domanda presentata dall'interessata avendo accertato una piena capacità lavorativa nella precedente attività lavorativa (doc. 64).

B.c A seguito del ricorso inoltrato dall'interessata il 18 gennaio 1999 contro il menzionato provvedimento del 2 dicembre 1998, l'Ufficio AI ha indicato di ritenere necessari ulteriori accertamenti medici ed ha pertanto provveduto, con decisione del 17 febbraio 1999, ad annullare la sua decisione del 2 dicembre 1998. Dal canto suo, il competente Tribunale cantonale ha poi stralciato dai ruoli il succitato ricorso (doc. 57 e segg.).

B.d Con perizia pluridisciplinare in ortopedia, reumatologia e psichiatria del 25 agosto 1999, ordinata dall'Ufficio AI del Canton B._____, gli specialisti del MEDAS di (...) hanno quindi posto le diagnosi di panalgia, condropatia patellare bilaterale, sindrome del dolore generalizzato senza sindrome fibromialgica e disturbo da dolore somatoforme persistente. Essi hanno inoltre precisato che la condropatia patellare bilaterale era senza influenza sulla capacità lavorativa e che la sindrome da dolore somatoforme persistente comportava un'incapacità lavorativa del 25% nella precedente attività (doc. 48).

B.e Per conseguenza, con decisione del 19 novembre 1999, l'UAI-B._____ ha respinto la domanda di prestazioni dell'interessata (doc. 47).

B.f L'8 marzo 2002, l'interessata ha presentato una domanda di revisione giusta gli art. 87 e 88 OAI (recte: una nuova domanda di rendita) e prodotto nuova documentazione medica (doc. 44). L'Ufficio AI ha quindi deciso di esaminare nel merito detta domanda e ordinato un'ulteriore approfondimento medico presso il MEDAS di (...) (doc. 36).

B.g Con perizia bidisciplinare MEDAS del 19 agosto 2004, i dott. C. _____ (reumatologo) e D. _____ (psichiatra) hanno posto la diagnosi, con effetto sulla capacità lavorativa, di disturbo depressivo, episodio lieve, con sindrome somatica del dolore generalizzato (ICD-10 F32.01). Il reumatologo ha inoltre attestato una condropatia patellare sinistra senza incidenza sulla capacità lavorativa. Nella sua precedente attività di ausiliaria di pulizia, l'assicurata è stata ritenuta abile al 30%, mentre in attività adattate abile nella misura del 60% (doc. 31).

B.h Il 18 gennaio 2005, l'Ufficio AI ha dunque deciso – dopo effettuazione del raffronto dei redditi – di erogare in favore dell'interessata un quarto di rendita d'invalidità (grado di invalidità del 48%) a decorrere dal 1° dicembre 2004 (doc. 26).

B.i Tale grado di invalidità, e la conseguente rendita di un quarto, sono stati confermati dall'Ufficio AI con comunicazione del 16 aprile 2008 (doc. 7).

B.j Il 19/20 maggio 2008, quindi successivamente al rimpatrio dell'interessata (avvenuto nel 2006), l'UAI-B. _____ ha trasmesso l'incarto al competente Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE; doc. 3 e 80).

B.k Con decisione del 3 ottobre 2012, l'UAIE ha deciso di non entrare nel merito della domanda di revisione presentata dall'interessata il 6 marzo 2012 (doc. 92).

B.l Con scritto del 15 febbraio 2013, l'autorità inferiore ha poi comunicato all'interessata la necessità, nell'ambito di una nuova procedura di revisione promossa d'ufficio, di sottoporsi ad una perizia pluridisciplinare in Svizzera (doc. 93). L'effettuazione della stessa è stata sospesa in considerazione del grave stato di salute del marito dell'interessata.

B.m A seguito del decesso del marito dell'interessata il 25 marzo 2014, l'UAIE ha ricalcolato con effetto al 1° aprile 2014 la rendita a favore della medesima, ritenuto che erano adempite le condizioni per una rendita vedovile e per una rendita AI, ma che in una siffatta costellazione andava per

legge (art. 43 LAI) assegnata una rendita intera d'invalidità, nonostante un grado d'invalidità del 48% (decisione dell'UAIE del 10 aprile 2014 [doc. 117 e 121]).

B.n Con perizia reumatologica del 10 giugno 2015 (doc. 139, pag. 3 e segg.), perizia psichiatrica del 16 giugno 2015 (doc. 140) e valutazione interdisciplinare del 19 giugno 2015 (doc. 139, pag. 1 -2), i dott.i E. _____, psichiatra, e F. _____, reumatologo, hanno posto le diagnosi di panalgia, sovrappeso, decondizionamento e disturbo somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4) con episodio depressivo in remissione dal 2013 (ICD10-F32.4) ed hanno indicato che l'assicurata risultava essere totalmente abile al lavoro a partire dal 2013.

B.o Con risposta del 24 febbraio 2016, il dott. G. _____, psichiatra del servizio medico dell'UAIE, ha eseguito un esame secondo la procedura per indicatori, confermando le menzionate conclusioni dei dott.i E. _____ e F. _____ (doc. 146).

B.p Il 6 aprile 2016, l'assicurata ha trasmesso diversi brevi certificati medici (taluni non datati o di data incerta) da cui risultano, in sostanza, le seguenti diagnosi: fibromialgia, sindrome ansioso depressiva, sindrome patello-femorale bilaterale, calcificazione del tendine alla spalla sinistra, cervicoartrosi e discopatia degenerativa C5-C6, vertigini periferiche recidivanti, gastrite cronica e anemia (doc.150 e segg.).

B.q Nelle note del dott. G. _____, del servizio medico dell'UAIE, del 10 giugno e 19 ottobre 2016, è indicato che sulla base dei documenti a lui sottoposti, il miglioramento dello stato di salute dell'interessata dal profilo psichiatrico ha da ritenersi intervenuto nel dicembre del 2013 (doc. 160 e 164).

B.r Con presa di posizione del 21 novembre 2016, la dott.ssa H. _____, specialista del servizio medico dell'UAIE in medicina generale ed in medicina fisica e riabilitazione, ha indicato che nel caso di specie si sarebbe confrontati ad un disturbo da dolore somatoforme, senza comorbidità, e che non sussisterebbe alcuna limitazione della capacità lavorativa, nel quadro delle disposizioni finali 6a, né dal profilo somatico né dal profilo psichiatrico (doc. 166).

B.s Con progetto di decisione dell'8 dicembre 2016, l'amministrazione ha pertanto ritenuto che "la documentazione medica in nostro possesso non

oggettiva alcuna diagnosi che possa giustificare dal lato medico-assicurativo un'incapacità lavorativa duratura", motivo per cui non sussisteva più alcun diritto ad una rendita (doc. 167).

B.t Dal canto suo, l'interessata, nella presa di posizione del 16 gennaio 2017, ha esibito diversi referti medici in cui, oltre alle affezioni conosciute, sono state poste le diagnosi di epicondilopatia del gomito destro, osteopenia, ipertiroidismo, problemi di equilibrio e probabile iperostosi sterno-clavicolare destra. Ha altresì fatto valere una (totale) incapacità lavorativa e chiesto l'erogazione delle corrispondenti prestazioni assicurative (doc. 168 – 171).

B.u Con perizia medica E213 dell'8 febbraio 2017, la dott.ssa I._____, la cui specializzazione non è nota, ha posto le diagnosi di fibromialgia, lieve artrosi lombare, cervicoartrosi (C5-C6), calcificazione del tendine del sovraspinoso alla spalla destra. Durante l'esame essa ha riscontrato una mobilità corretta, l'assenza di limitazioni funzionali rilevati ed ha indicato che l'assicurata era in grado di svolgere regolarmente un lavoro mediamente pesante e che la stessa era in grado di esercitare la precedente attività di ausiliaria di pulizia, così come un'attività adeguata, in maniera autonoma e a tempo pieno (doc. 183).

B.v Con presa di posizione del servizio medico dell'UAIE del 20 marzo 2017, la dott.ssa H._____, ha analizzato la documentazione trasmessa dalla ricorrente ed ha indicato che gli unici elementi nuovi e rilevanti erano rappresentati dai problemi di equilibrio cronici e dall'epicondilita destra, proponendo di limitarsi a far esperire ancora un esame otorinolaringoiatrico, avendo la recente perizia E213 già evidenziato l'assenza di limitazioni funzionali oggettive (doc. 188).

B.w Agli atti risulta essere stato prodotto anche un rapporto di esame endoscopico del 2 febbraio 2017 (angiodisplasia [malformazione di piccole dimensioni] del sigma ed emorroidi esterne [minime]), un referto medico della Clinica L._____, del 2 marzo 2017 in cui è diagnosticato un gozzo multinodulare benigno e un'informazione medica otorinolaringoiatrica (ORL) del 18 maggio 2017 (doc. 192, 194 e 199).

B.x Con presa di posizione del 13 giugno 2017, la dott.ssa H._____ ha indicato che l'esame ORL del 18 maggio 2017 fa stato di noduli alle corde vocali (diagnosticate in Svizzera nel gennaio 2017). Il risultato del menzionato esame ORL è inoltre risultato normale, come la qualità vocale, nono-

stante una deviazione assiale a sinistra. Non è stata indicata alcuna problematica legata alle vertigini. In attività sostitutive adeguate, senza rischi di caduta, secondo il medico SMR, un'attività lavorativa resterebbe dunque esigibile al 100%. (doc. 202).

B.y Il 13 luglio 2017, l'UAIE ha deciso che – ai sensi della lett. a cpv. 1 delle disposizioni finali della 6a revisione della LAI – l'interessata non ha più diritto ad una rendita d'invalidità a decorrere dal 1° settembre 2017. L'autorità inferiore ha in particolare indicato che neppure dall'ulteriore documentazione medica trasmessa dalla ricorrente risultava una limitazione della capacità lavorativa (doc. 204).

C.

C.a Con atto del 26 luglio 2017 (timbro postale del 7 agosto 2017), l'interessata ha inoltrato ricorso contro la summenzionata decisione dell'UAIE dinanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF) mediante il quale ha chiesto che le sia riconosciuto il diritto alle prestazioni dell'assicurazione invalidità percepite in precedenza. A giustificazione della propria richiesta, la ricorrente ha ribadito di soffrire delle affezioni già esposte in fase di osservazioni al progetto di decisione dell'autorità inferiore. Ne conseguirebbero un'incapacità lavorativa e il diritto di percepire una rendita AI svizzera (doc. TAF 1).

C.b Il 15 settembre 2017, la ricorrente ha versato un anticipo di CHF 908.64 a copertura delle presumibili spese processuali di CHF 800.- (doc. TAF 3 - 5).

C.c Invitato a prendere posizione, con risposta al ricorso del 2 novembre 2017, l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame e la conferma del provvedimento impugnato. L'autorità inferiore ha osservato che l'istruttoria medica ha evidenziato che l'insorgente era affetta da un disturbo somatoforme doloroso senza componente psichiatrica rilevante e duratura. Nell'ambito di una procedura di revisione secondo le disposizioni finali della 6a revisione della LAI non era altresì necessaria l'esistenza di un miglioramento significativo dello stato di salute (ai sensi dell'art. 17 cpv. 1 LPGA) per poter sopprimere la rendita precedentemente accordata (con decisione del 18 gennaio 2005 [un quarto di rendita dal 1° dicembre 2004 {poi diventata una rendita intera giusta l'art. 43 LAI, con decisione dell'UAIE del 10 aprile 2014}]). Ha inoltre indicato che l'insorgente presentava una capacità lavorativa totale, sia dal profilo somatico che psichiatrico, a decorrere dal 2013, con la remissione dell'episodio depressivo. Inoltre, l'amministrazione ha

osservato che, a suo giudizio, la soppressione della rendita sarebbe stata giustificata anche nell'ambito di una revisione ordinaria ex art. 17 LPGA (doc. TAF 7).

C.d Con decisione incidentale del 10 novembre 2017 (notificata alla ricorrente il 16 novembre 2017 [cfr. avviso di ricevimento, doc. TAF 9]), alla ricorrente è stata data facoltà di inoltrare una replica nel termine di 30 giorni a decorrere da quello successivo alla notificazione della citata decisione incidentale (doc. TAF 8). Il termine è scaduto infruttuoso.

C.e In uno scritto del 6 aprile 2018, fatto pervenire al TAF dall'UAIE, l'insorgente ha indicato di soffrire di molti problemi di salute, tra l'altro anche alle corde vocali. Ha esibito un rapporto di esame radiologico del 15 febbraio 2018, un (brevissimo) referto reumatologico dell'8 marzo 2018 e una lista dei medicinali assunti (pure dell'8 marzo 2018 [doc. TAF 10]).

C.f Nella sua presa di posizione del 14 maggio 2018, l'UAIE ha indicato che secondo il proprio servizio medico (cfr. il rapporto del 7 maggio 2018 della dott.ssa H._____) la documentazione medica prodotta dalla ricorrente con scritto del 6 aprile 2018 non è suscettibile di modificare la valutazione clinico-lavorativa già stabilita in corso di procedura di prima istanza (doc. TAF 12).

C.g Nella decisione incidentale del 23 maggio 2018, questo Tribunale ha conferito facoltà all'insorgente d'inoltrare le sue osservazioni alla citata presa di posizione dell'UAIE nel termine di 30 giorni a decorrere da quello successivo alla notificazione della citata decisione incidentale (doc. TAF 13). Il termine è scaduto infruttuoso.

Diritto:

1.

1.1 Il Tribunale amministrativo federale (TAF) esamina d'ufficio e con piena cognizione la propria competenza (art. 31 e segg. LTAF), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli sono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 con rinvii).

1.2 Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale 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).

1.3 In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} PA, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la LPGGA (RS 830.1). Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGGA.

1.4 Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGGA), il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile. Peraltro, la ricorrente ha provveduto al richiesto versamento di un anticipo a copertura delle presumibili spese processuali (art. 63 cpv. 4 PA).

2.

2.1 La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea e risiede in Spagna, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681).

2.2 L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2).

2.3 Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n.

1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

2.4 Giova altresì rilevare che il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato ulteriormente modificato dal regolamento (CE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, ripreso dalla Svizzera a decorrere dal 1° gennaio 2015 (cfr. sentenza del TF 8C_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 con rinvii).

2.5 Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò premesso, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

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). Al caso in esame si applicano, da un lato, le norme materiali in vigore fino al 31 dicembre 2011, per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tale data, mentre dall'altro lato, e per il periodo successivo, le nuove norme della 6a revisione della LAI (DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore).

4.

4.1 L'UAIE ha reso il 13 luglio 2017 una decisione di revisione, in virtù della lett. a cpv. 1 delle disposizioni finali della 6a revisione della LAI, della rendita d'invalidità fino ad allora accordata alla ricorrente.

4.2 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).

4.3 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'ipersonia non organica, la modifica duratura della personalità per sindrome da dolore cronico ed il traumatismo cervicale di contraccolpo (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).

4.4 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).

4.5 Qualora una rendita d'invalidità sia stata assegnata non solo per disturbi non chiari, ma anche per disturbi spiegabili, alla valutazione delle sindromi non chiare è applicabile l'indicata lett. a cpv. 1 delle disposizioni finali. 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).

4.6 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).

4.7 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).

5.

5.1 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).

5.2 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).

5.3 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 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).

5.4 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).

5.5 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).

5.6 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 o 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).

5.7 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).

5.8 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 principio che la persona che soffre di un'affezione psicosomatica è da considerarsi siccome valida (consid. 3.7.2).

5.9 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).

5.10 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).

6.

6.1 Questo Tribunale rileva innanzitutto che l'autorità inferiore ha ritenuto che la rendita (di un quarto [poi aumentata ad una intera giusta l'art. 43 LAI con decisione del 10 aprile 2014]) assegnata alla ricorrente a decorrere dal 1° dicembre 2004 (decisione dell'Ufficio AI del Canton B._____ del 18 gennaio 2005) lo è stata principalmente sulla base di affezioni senza patogenesi o eziologia chiare e senza una chiara causa organica comprovata, ossia di una sindrome somatoforme da dolore persistente, e, solo marginalmente, sulla base di una lieve depressione (cfr. in particolare doc. 31 [segnatamente pag. 9, 12 e 13], doc. 84, doc. 204 [segnatamente pag. 2 della decisione impugnata] nonché doc. TAF 7). Va peraltro rilevato che la sola patologia somatica ritenuta (condropatia patellare) è stata considerata senza incidenza sulla residua capacità lavorativa (v. doc. 31 [segnatamente pag. 13]). La rendita è quindi stata soppressa dall'UAIE ai sensi della lettera a delle disposizioni finali della 6a revisione AI (primo pacchetto di misure), benché l'autorità inferiore abbia poi pure indicato che la revisione della rendita (nel senso della soppressione della stessa) avrebbe potuto essere resa anche in applicazione dell'art. 17 LPGGA, essendo intervenuto un significativo miglioramento dello stato di salute della ricorrente (cfr. doc. TAF 7).

6.2 L'autorità inferiore ha deciso – basandosi principalmente sulla perizia bidisciplinare (reumatologica e psichiatrica) del 19 giugno 2015 dei dott. E._____ e F._____ – di sopprimere, con effetto al 1° settembre 2017, la rendita d'invalidità assegnata fino ad allora all'insorgente. Secondo i periti, essa soffre ancora di una sindrome somatoforme da dolore persistente. Tuttavia, quest'ultima sarebbe divenuta senza incidenza sulla capacità lavorativa, come l'episodio di lieve depressione, di cui avrebbe sofferto, quest'ultimo in remissione dal 2013. Nella loro valutazione interdisciplinare i citati periti hanno poi indicato che – come in passato (20 anni fa) e ancora oggi – non sussistono affezioni somatiche aventi influsso sulla capacità la-

vorativa, mentre dal profilo psichiatrico la capacità lavorativa non è più limitata a far tempo dal 2013. Non vi sarebbero inoltre neppure limiti funzionali oggettivi e controindicazioni per un lavoro a tempo pieno nella precedente attività (doc. 139 e 140).

6.3 La ricorrente sostiene invece di soffrire di fibromialgia, sindrome ansioso depressiva, sindrome femoro-patellare bilaterale, tendinite calcificante del sovraspinoso sinistro, epicondilita del gomito destro, probabile iperostosi sterno-clavicolare destra, cervicoartrosi e discopatia degenerativa C5-C6, spondiloartrosi lombare, vertigini recidivanti, astenia e osteopenia, motivo per cui chiede di poter continuare a beneficiare della rendita Ai svizzera fino ad allora percepita (doc. TAF 1).

6.4

6.4.1 Dal profilo psichico, già nella perizia del MEDAS del 25 agosto 1999, era stata posta la diagnosi di disturbo da dolore somatoforme persistente (senza sindrome fibromialgica) con una riduzione della capacità lavorativa del 25% nella precedente attività (doc. 48). A seguito di ulteriori accertamenti, nella perizia pluridisciplinare MEDAS del 19 agosto 2004, gli specialisti hanno posto la diagnosi, con effetto sulla capacità lavorativa, di disturbo depressivo, episodio lieve, con sindrome somatica del dolore generalizzato. Essi hanno indicato che lo stato psichico presentato dall'insorgente comportava una residua capacità lavorativa del 30% nella sua precedente attività di ausiliaria di pulizia e del 60% in attività sostitutive adatte (doc. 31).

6.4.2 Nel rapporto psichiatrico del 16 giugno 2015 relativo alla perizia interdisciplinare del 19 giugno 2015, il dott. E. _____, specialista in psichiatria e psicoterapia (doc. 140), ha confermato la diagnosi di disturbo da dolore somatoforme persistente (ICD10-F45.4) posta in precedenza (l'insorgente presentava ancora i sintomi di tale affezione, segnatamente fissazione sui propri dolori, marcati timori ipocondriaci ed accentuazione dei dolori). Ha inoltre indicato che l'episodio depressivo (lieve [ICD10-F32.4]) deve ritenersi in remissione dal 2013 (secondo le indicazioni dell'insorgente medesima non avrebbe più assunto antidepressivi dopo il 2013 [cfr. rapporto a pag. 9]). Il perito ha pure precisato che in caso di disturbi da dolore cronico risulta generalmente difficile delimitare le deflessioni dell'umore e le ansie intrinseche a tale affezione da una comorbidità psichica a sé stante ma che nella fattispecie risulta ipotizzabile che la ricorrente soffrisse anteriormente alla remissione del 2013 di un episodio de-

pressivo (lieve) almeno in parte autonomo (cfr. rapporto a pag. 12). Tuttavia, nel corso degli anni lo stato timico della ricorrente sarebbe migliorato al punto che a partire dal 2013 essa non lamentava più disturbi dell'umore ed ha pure potuto interrompere la terapia farmacologica antidepressiva. In seguito, lo specialista ha indicato che il persistente disturbo da dolore somatoforme – tenuto conto segnatamente delle risorse dell'assicurata, dell'assenza di comorbidità psichiche e somatiche e della buona integrazione sociale – non giustificava, a partire dal 2013, alcuna riduzione della capacità lavorativa.

6.4.3 Con presa di posizione del 24 febbraio 2016, il dott. G. _____, psichiatra del servizio medico dell'UAIE, basandosi sui referti specialistici agli atti ed in applicazione dei criteri relativi ad una procedura strutturata per indicatori stabiliti dalla giurisprudenza del Tribunale federale (DTF 141 V 281), ha segnalato – al di là del fatto che, vista nell'ottica odierna, appare poco comprensibile che sia stata concessa una rendita AI alla ricorrente a decorrere dal 1° dicembre 2004 – che la diagnosi di sindrome da dolore somatoforme persistente (ICD10-F45.4) con episodio depressivo in remissione dal 2013 (ICD10-F32.4) può essere confermata. Ha poi fra l'altro indicato, dal profilo della gravità funzionale, che la ricorrente non è mai stata in cura da uno specialista in psichiatria, che non è mai insorta un'importante comorbidità psichiatrica, che non ha mai necessitato un supporto psicologico e che ha potuto terminare la cura farmacologica di antidepressivi nel 2013. In merito ai complessi "personalità" e "contesto sociale", ha in particolare segnalato l'assenza di indizi per un disturbo della personalità, così come il mantenimento della vita familiare (rapporti stretti con la madre e le sorelle) e del contesto sociale (vasta rete di conoscenze nel paese in cui risiede). In merito alla categoria "coerenza", il dott. G. _____ ha indicato che non sono presenti reperti oggettivi suscettibili di limitare l'insorgente nell'esercizio di un'attività lavorativa. Da questo punto di vista è presente da parte della ricorrente un'autolimitazione. La stessa dispone infatti a suo giudizio delle risorse necessarie per gestire la propria economia domestica in maniera quasi autonoma, intrattiene buoni contatti sociali, conduce senza problemi la propria vettura, legge e guarda la televisione (doc. 146).

6.4.4 Nel suo rapporto del 19 ottobre 2016, il dott. G. _____, ha poi precisato che – dal punto di vista psichiatrico – la perizia interdisciplinare del giugno 2015 attesta un miglioramento dello stato di salute della ricorrente intervenuto nel mese di dicembre 2013 (doc. 164).

6.4.5 Con perizia medica E213 dell'8 febbraio 2017, la dott.ssa I. _____ ha indicato di non aver constatato, dal punto di vista psichiatrico, un'agitazione psicomotoria o una labilità emozionale e neppure una significativa sintomatologia ansiosa o depressiva ed ha attestato che l'assicurata era in grado di svolgere regolarmente un'attività mediamente pesante e che poteva esercitare la precedente attività di ausiliaria di pulizia, così come un'attività adeguata, in maniera autonoma e a tempo pieno (doc. 183).

6.4.6 L'assicurata ha certo trasmesso diversi certificati medici attestanti una fibromialgia (cfr. doc. 150 e segg. e doc. 168 – 171). Giova tuttavia rilevare che al fine di poter validamente porre una diagnosi di fibromialgia, la sola valutazione da parte di un reumatologo non è comunque sufficiente. A tale scopo, e secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, è infatti necessaria la partecipazione di uno psichiatra, in quanto i fattori psicosomatici hanno un influsso decisivo sullo sviluppo di questa malattia. Soltanto una perizia interdisciplinare che tenga conto di entrambi gli aspetti risulta pertanto un provvedimento istruttorio adeguato al fine di stabilire se l'assicurato presenta uno stato doloroso di una gravità tale che la messa a profitto della sua capacità lavorativa in un mercato del lavoro equilibrato non sia più esigibile o lo sia solo parzialmente (DTF 132 V 65 consid. 4.3).

Ora, nel caso concreto, con valutazione interdisciplinare psichiatrica e reumatologica del 19 giugno 2015, gli specialisti hanno escluso una fibromialgia (doc. 139). Il dott. F. _____ ha invece posto la diagnosi di panalgia, senza indicare il codice ICD10. Tale sistema di classificazione, alla voce "panalgia" rinvia al codice R52.9 "dolore non specificato", dolore diffuso. Inoltre, anche i periti del MEDAS, durante gli accertamenti interdisciplinari del 1999 e del 2004, avevano già escluso una sindrome fibromialgica (doc. 31 e 48). Dal canto suo, la ricorrente non ha prodotto alcun documento da cui si possa evincere in maniera concludente e motivata – che si basi su accertamenti clinici in psichiatria e reumatologia e una diagnosi fondata su un sistema scientifico riconosciuto internazionalmente – la diagnosi di disturbo fibromialgico. Ad ogni modo, sia i citati periti, che lo specialista del servizio medico dell'UAIE, così come la dott.ssa I. _____, hanno sempre attestato una piena capacità lavorativa.

6.5

6.5.1 Per quanto attiene alle affezioni somatiche, va rilevato che, nonostante il dott. F. _____ – con perizia reumatologica del 10 giugno 2015 – abbia indicato che l'assicurata era sostanzialmente in grado di muoversi senza limitazioni e non presentava problematiche organiche rilevanti, pone

unicamente le diagnosi, senza influsso sulla capacità lavorativa, di panal-gia, sovrappeso e decondizionamento (doc. 139, segnatamente pag. 14).

6.5.2 In merito alla condropatia patellare bilaterale (chiamata risaputa-mente anche sindrome patello-femorale bilaterale) ritenuta precedente-mente, va rilevato che già nelle perizie MEDAS del 1999 e del 2004, gli specialisti aveva considerato che la stessa è senza incidenza sulla capa-cità lavorativa. Il dott. F._____ ha poi precisato nel rapporto peritale del 10 giugno 2015 che durante l'esame reumatologico è emerso che il dolore patellare lamentato in precedenza dall'assicurata non è più rilevabile. Dalla documentazione trasmessa dalla ricorrente, ed in particolare dal referto di radiologia del 15 settembre 2015 del dott. M._____, radiologo, risulta che lo specialista non ha constatato problemi significativi alla rotula (doc. 179). Pure la dott.ssa I._____ non ha rilevato significative problematiche alle ginocchia (ma neppure d'origine femorale), ma fatto riferimento ad una mobilità completa senza segni d'instabilità e una deambulazione auto-noma, senza alterazioni (doc. 183).

6.5.3 Per quel che concerne le affezioni agli arti superiori (calcificazione del tendine alla spalla sinistra e destra ed epicondilopatia del gomito de-stro), il dott. F._____ ha rilevato che i movimenti dal lato sinistro erano lievemente limitati e dolorosi, ma che l'articolazione sia della spalla che del gomito si presentava sostanzialmente in condizioni normali. Pure nei referti del 2 gennaio 2017 – del dott. N._____ – e del 9 gennaio 2017 – della dott.ssa O._____ – trasmessi dalla ricorrente, i sanitari, la cui specializ-zazione non è nota, hanno constatato unicamente delle affezioni lievi con una moderata limitazione dei movimenti (doc. 168 e 169). Dal canto suo, la dott.ssa I._____ ha comunque ritenuto esistere, al di là delle indicate problematiche/limitazioni agli atti superiori e inferiori, una completa mobilità degli arti stessi e indicate che tali problematiche erano senza incidenza sulla residua capacità lavorativa (doc. 183).

6.5.4 In merito alle problematiche lombari e cervicali, giova ricordare che nella perizia MEDAS del 19 agosto 2004, il reumatologo aveva constatato un'errata postura dell'intera colonna vertebrale senza effetto sulla capacità lavorativa (doc. 31). Con referto di radiologia del 24 novembre 2016, il dott. M._____, ha rilevato una sclerosi spinale che potrebbe essere in rela-zione con un'iperostosi sterno-clavicolare destra (doc. 181). In seguito, una lieve cervicoartrosi e la discopatia degenerativa C5-C6, sono state atte-state dalla dott.ssa I._____, la quale ha tuttavia ribadito che la paziente ha conservato la mobilità cervicale e lombare e che l'affezione in questione era senza influsso sulla capacità lavorativa (doc. 183).

6.6 La ricorrente lamenta inoltre, anemia, osteopenia e probabile gastrite. Tali problematiche sono state valutate dalla dott.ssa H. _____, la quale ha indicato che esse non sono ad ogni modo suscettibili di giustificare una duratura incapacità lavorativa e, dal canto suo, l'assicurata non ha né prodotto certificati medici attestanti particolari problematiche o limiti funzionali attinenti ai disturbi in questione e suscettibili di incidere sulla sua capacità lavorativa, né spiegato essa stessa in che misura tali affezioni la potrebbero significativamente limitare nell'esercizio di un'eventuale attività lavorativa.

6.7 Nel rapporto medico del dott. N. _____ del 2 gennaio 2017 (doc. 169) è stata posta, fra le tante, la diagnosi di vertigini periferiche recidivanti. La dott.ssa H. _____ del servizio medico dell'UAIE ha ritenuto, sulla base delle risultanze di detto rapporto – e nonostante non vi fosse nel rapporto medesimo alcuna indicazione/precisazione in relazione all'evocata diagnosi – ha proposto comunque di completare l'istruttoria dal profilo otorinolaringoiatrico (doc. 188). Un esame ORL è stato effettuato in Spagna in data 18 maggio 2017 dalla dott.ssa P. _____ (doc. 199). La dott.ssa H. _____ ha poi rilevato che nel menzionato esame non è fatta alcuna menzione di disturbi/problemi di vertigini. Nello stesso è menzionata la presenza di noduli alle corde vocali, che sarebbero stati diagnosticati in Svizzera nel gennaio del 2017, una qualità vocale normale e, più in generale, una situazione normale, al di là di una deviazione settale a sinistra. Tutt'al più, e per prudenza, andavano evitate attività con rischi di caduta o infortunio (doc. 202).

6.8 In merito ai problemi di ipertiroidismo, va rilevato che a seguito di un'ecografia tiroidea del 2 marzo 2017, il dott. N. _____ ha poi rilevato nel già citato rapporto del 2 gennaio 2017 l'esistenza di un gozzo multinodulare benigno e suggerito un consulto annuale (doc. 192). Con referto di radiologia del 15 febbraio 2018, la dott.ssa Q. _____ ha confermato la presenza di noduli tiroidei, verosimilmente non maligni, ed anch'essa ha raccomandato un monitoraggio ecografico a scadenza annuale (allegato a doc. TAF 10).

7.

7.1 Da quanto precede, risulta che sia in ambito somatico che psicosomatico le valutazioni di cui alla perizia interdisciplinare del giugno del 2015 coincidono in sostanza con quanto rilevato dagli specialisti del proprio servizio medico e anche dalla dott.ssa I. _____, che ha redatto la più recente

perizia particolareggiata E213, sull'esistenza di una piena capacità lavorativa della ricorrente. Tale valutazione è poi stata confermata anche dalla dott.ssa H. _____ in sede di ricorso (rapporto del 7 maggio 2018) dopo esame dei documenti esibiti dalla ricorrente in tale sede, con la precisazione che non vi era alcun elemento agli atti di causa per mettere in dubbio le conclusioni delle perizie o per ritenere che fosse nel frattempo intervenuto un peggioramento dello stato di salute dell'insorgente (doc. TAF 12). La ricorrente, invitata a pronunciarsi anche in merito anche a tale rapporto (doc. TAF 13), ha peraltro rinunciato a presentare delle osservazioni.

Conto tenuto di quanto suesposto, questo Tribunale non ravvisa alcun motivo per mettere in dubbio le conclusioni cui è giunta l'autorità inferiore in virtù segnatamente della perizia interdisciplinare del giugno 2015 e dei relativi rapporti psichiatrico e reumatologico, ritenuto altresì che le risultanze di quest'ultimi fondano su informazioni fornite dalla persona esaminata, sull'esame del quadro clinico della ricorrente, sulle risultanze delle visite dell'insorgente nonché sulla documentazione medica agli atti. I referti in questione contengono un'introduzione, l'anamnesi, informazioni tratte dall'incarto, indicazioni del peritando, la diagnosi nonché la discussione. Inoltre, essi nella sostanza già adempiono i criteri posti dalla giurisprudenza del Tribunale federale per vedersi attribuito pieno valore probatori ai sensi della DTF 141 V 281. Tali perizie possono pertanto senz'altro essere considerate un mezzo probatorio idoneo per la valutazione dello stato di salute della ricorrente e dell'esigibilità dell'esercizio di un'attività lavorativa.

7.2 La ricorrente fonda invece le proprie censure su svariati brevi o comunque generici ed imprecisi certificati medici stilati in Spagna (cfr. doc. 150 e segg.; doc. 168 – 171 e doc. TAF 1) – segnatamente quello del dott. dott. N. _____ del 2 gennaio 2017 (doc. 169) e quello del dott. R. _____ non datato (doc. 151) – che si limitano sostanzialmente vuoi ad elencare le diagnosi conosciute vuoi a indicarne di nuove, tuttavia (alternativamente o cumulativamente) senza indicazioni né sulla classificazione scientifica riconosciuta internazionalmente (laddove sussiste) né su precisi limiti funzionali né su una determinata e motivata incapacità lavorativa nonché su idonei esami obiettivi, tanto meno atti a far sorgere dubbi concreti in merito all'accertamento dei fatti effettuato nell'ambito della procedura in esame dall'autorità inferiore.

7.3 In conclusione, non è ravvisabile agli atti alcun referto medico consistente e convincente che offra indizi sufficienti per dover mettere in discussione l'accertamento dei fatti operato dall'autorità inferiore in tale ambito, fondato in particolare sulla valutazione interdisciplinare del giugno 2015,

confermata nella sostanza, ed in particolare con riferimento alla capacità lavorativa, anche dalle prese di posizione del dott. S. _____ (psichiatra del servizio medico dell'UAIE), dalla perizia particolareggiata E 213 dell'8 febbraio 2017 e poi ancora dal medico dell'UAIE dott.ssa H. _____ anche in sede di ricorso (v. rapporto del 7 maggio 2018 [doc. TAF 12]). Non sussiste pertanto alcun motivo d'effettuare ulteriori accertamenti medici dal momento che dagli stessi non vi è da attendersi alcun nuovo elemento decisivo con riferimento alla situazione esistente fino alla data della decisione impugnata. Risulta pertanto, sulla base dei concludenti accertamenti effettuati dall'autorità inferiore che, dal punto di vista medico, l'insorgente presentava, dal 1° gennaio 2014 o comunque al più tardi dalla data delle visite peritali del 10 e 11 giugno 2015 (doc. 139 e 140), una perdurante capacità lavorativa del 100% in qualsiasi attività, dunque anche in quella precedente di ausiliaria di pulizia.

7.4 Peraltro, e contrariamente a quanto preteso dalla ricorrente, sono adempiti nella fattispecie i presupposti per un riesame della rendita d'invalidità in virtù della lett. a cpv. 1 delle disposizioni finali della 6a revisione della LAI. In effetti, anche qualora si volesse ritenere che sussistesse nel 2004 almeno in parte una comorbidità psichiatrica autonoma (episodio depressivo lieve [v. rapporto delle perizia psichiatrica del 16 giugno 2015, pag. 8]), a giusto titolo l'autorità inferiore ha ritenuto che, al momento della decisione dell'UAIE del Canton B. _____ del 18 gennaio 2005, la rendita non può comunque che essere stata accordata essenzialmente per una sindrome senza patogenesi o eziologia chiare (ossia la sindrome somatoforme da dolore persistente generalizzato [presente da anni]), con la conseguenza che può trovare applicazione nel caso concreto la lett. a cpv. 1 delle disposizioni finali della 6a revisione della LAI. Una siffatta applicazione risulta conforme alla giurisprudenza del Tribunale federale in materia la quale prevede che qualora i sintomi somatici si limitano ad accentuare, come nella fattispecie, 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 (sentenza del Tribunale federale 9C_619/2017 del 28 giugno 2018 consid. 3).

7.5 Peraltro, al momento dell'entrata in vigore, il 1° gennaio 2012, delle surriferite disposizioni finali, la ricorrente, nata il 27 dicembre 1958, non aveva ancora compiuto 55 anni (il 1° gennaio 2012 aveva infatti 53 anni). Inoltre, al momento in cui è stata avviata la procedura di riesame, secondo i documenti il 15 febbraio 2013 (doc. 93), la medesima (non ancora cinquantacinquenne) percepiva una rendita d'invalidità dal 1° dicembre 2004,

dunque da meno di 15 anni. In altri termini, non è dato un motivo di non applicazione del riesame giusta la lett. a cpv. 4 delle disposizioni finali della modifica del 18 marzo 2011 della LAI.

7.6 Per il resto, e come rettamente evidenziato anche dall'autorità inferiore nella risposta al ricorso, una soppressione della rendita si sarebbe altresì giustificata anche ex art. 17 LPGGA, essendo per l'appunto dimostrato che la sindrome somatoforme da dolore persistente generalizzato, pur ancora presente, è da considerarsi siccome non avente più alcun influsso sulla capacità lavorativa dall'11 giugno 2015 (data della visita relativa alla perizia psichiatrica del 16 giugno 2015) e il disturbo depressivo è in remissione da fine 2013 o al più tardi dalla data della visita psichiatrica dell'11 giugno 2015. Conseguentemente, poteva – e può – essere considerato siccome intervenuto un significativo miglioramento dello stato di salute della ricorrente ed il recupero di una piena capacità lavorativa da gennaio 2014, ma al più tardi dall'11 giugno 2015.

8.

8.1 Secondo la lettera a cpv. 2 delle disposizioni finali della modifica del 18 marzo 2011, 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).

8.2 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.

8.3 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. 1^{bis} LA, 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.

8.4 Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, 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).

8.5 Con sentenza 9C_760/2018 del 17 luglio 2019, sentenza destinata alla pubblicazione, il Tribunale federale ha poi tuttavia 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 vi sono più assicurati (sentenza del TF 9C_760/2018 del 17 luglio 2019 consid. 4.2 e 6.3.7).

8.6 Nella decisione impugnata del 13 luglio 2017, l'autorità inferiore ha ritenuto che la ricorrente non poteva beneficiare di misure di reintegrazione professionale poiché non risiedeva e non era più assicurata in Svizzera. L'insorgente non ha peraltro contestato la decisione da questo profilo, rispettivamente non ha chiesto di poter beneficiare di misure di reintegrazione professionale secondo la menzionata disposizione. Nel caso in esame, e per quanto emerge dalle carte processuali, può essere rilevato che l'insorgente è cittadina spagnola (doc. 34, 184), risiede in Spagna dal 2006, data del suo rimpatrio (doc. 13, 14 e 140), e che non esercita più alcuna attività lucrativa dal 1997 (doc. 139 e 140), di modo che non è altresì più assoggettata all'assicurazione obbligatoria o facoltativa per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità Svizzera. Ciò premesso, l'insorgente non può beneficiare di provvedimenti di reintegrazione professionale, ai sensi dell'art. 8a cpv. 1 e 2 LAI.

8.7 Quanto all'esigibilità e alla possibilità per l'insorgente di esercitare un'attività lavorativa in un mercato equilibrato del lavoro, questo Tribunale osserva che nel momento in cui è stato accertato in modo affidabile – il 10 e 11 giugno 2015 nell'ambito della perizia interdisciplinare (doc. 130 e 140) – che l'esercizio (al 100%) di un'attività lavorativa era ragionevolmente esigibile dal punto di vista medico (DTF 138 V 457 consid. 3.3; v. anche la sentenza del TAF C-6022/2010 del 22 febbraio 2013 consid. 4.1.2), la ricorrente, nata come già precedentemente indicato il 27 dicembre 1958, aveva 56 anni e 6 mesi, ossia non aveva ancora raggiunto l'età di 60 anni a partire dalla quale la giurisprudenza considera che di principio non esiste più la possibilità realistica di mettere a profitto la residua capacità lavorativa sul mercato del lavoro generalmente supposto equilibrato (DTF 143 V 431 consid. 4.5 e 138 V 457 consid. 3.3; sentenze del TF 9C_839/2017 del 24 aprile 2018 consid. 6.2 e 8C_761/2014 del 15 ottobre 2015 consid. 3.2.3).

9.

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

10.

10.1 Visto l'esito della procedura, le spese processuali, di CHF 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 di CHF 908.64, versato dall'insorgente stessa il 15 settembre 2017. La differenza di CHF 108.64 sarà restituita alla ricorrente allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

10.2 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). Peraltro, le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto ad 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).

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali, di CHF 800.-, sono poste a carico della ricorrente. L'anticipo spese di CHF 908.64, versato il 15 settembre 2017, è computato con le spese processuali. L'importo eccedente, di CHF 108.64, sarà restituito alla ricorrente allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

3.

Non si attribuiscono spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- Ricorrente (Raccomandata AR; allegato: formulario "indirizzo per il pagamento"),
- Autorità inferiore (n. di rif. [...]; Raccomandata),
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (Raccomandata).

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Vito Valenti

Oliver Engel

I rimedi giuridici sono menzionati 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 (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 LTF). Il termine è reputato osservato se gli atti scritti sono consegnati al Tribunale federale oppure, all'indirizzo di questo, alla posta svizzera o a una rappresentanza diplomatica o consolare svizzera al più tardi l'ultimo giorno del termine (art. 48 cpv. 1 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: