



Corte III
C-561/2015

Sentenza del 16 agosto 2018

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Beat Weber, Franziska Schneider,
cancelliere Oliver Engel.

Parti

A. _____, (Spagna),
patrocinata dall'avv. José Nogueira Esmorís,
ricorrente,

contro

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

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità, diritto alla rendita
(decisione del 22 dicembre 2014).

Fatti:**A.**

A._____, cittadina spagnola, divorziata con figli, nata il (...) 1962, ha vissuto in Svizzera dal 1990 al 2003, svolgendo l'attività di ausiliaria di pulizia per diversi datori di lavoro, da ultimo presso la B._____ SA dal 1° luglio 1998 al 31 luglio 1999, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 3, 13, 122, 123 e 167 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero [UAIE]). Nel 2003 l'assicurata ha fatto ritorno in patria.

B.

Il 9 aprile e l'8 maggio 2001, l'Ufficio dell'assicurazione invalidità del Cantone C._____ ha deciso di erogare in favore di A._____ una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, per incapacità al lavoro del 100%, a decorrere dal 1° marzo 1999, unitamente alle rendite complete in favore dei famigliari (doc. 25 e 28). All'epoca erano state diagnosticate una sindrome dolorosa somatoforme persistente (F 45.4 secondo l'ICD 10), sindrome panvertebrale cervico-lombare spondilogenica con ernia discale C3/C4, protrusione discale C4/C5 e retrolistesi L4 opposta L5, nonché una sindrome da stress posttraumatico, con connesse depressione e sintomatologie dolorose, riconducibile principalmente al decesso di una figlia all'ottavo giorno di vita (cfr. doc. 10, 15 e 19). Dai rapporti reumatologici del 1° luglio 1999 dell'ospedale cantonale di D._____ e del 25 luglio 2000 della clinica E._____ risultava inoltre un'incapacità lavorativa dell'interessata del 50% e dal rapporto del 21 novembre 2000 del dr. F._____ – specialista in medicina psicosomatica e psicosociale – un'incapacità lavorativa del 100% (doc. 10, 15 e 19).

C.

C.a Nel mese di gennaio 2005, l'autorità inferiore ha avviato la prevista procedura di revisione del diritto alla rendita (doc. 42) e, di conseguenza, l'UAIE ha richiesto all'Istituto G._____ di sottoporre l'assicurata a nuove visite mediche, in particolare ad un esame sullo stato di salute generale, psichiatrico e reumatologico (doc. 44). Preso atto delle risultanze di tali esami e dei rapporti del servizio medico dell'UAIE, con decisione del 16 maggio 2007, l'autorità inferiore, dopo avere constatato che l'interessata era di nuovo in grado di svolgere un'attività confacente al suo stato di salute e che tale attività permetteva di realizzare più del 50% del guadagno otte-

nibile senza invalidità, ha deciso che a decorrere dal 1° luglio 2007 la rendita intera pagata fino ad allora veniva sostituita da un quarto di rendita (doc. 87).

C.b Il 15 giugno 2007, l'interessata ha interposto ricorso contro la decisione dell'UAIE del 16 maggio 2007 (doc. 90) e, con sentenza del 16 febbraio 2009 (doc. 98), il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha parzialmente accolto il gravame, annullato la decisione impugnata e rinviato gli atti di causa all'UAIE affinché procedesse al completamento dell'istruttoria, in particolare tramite perizia bidisciplinare reumatologica e psichiatrica, ed alla pronuncia di una nuova decisione.

C.c Preso atto della sentenza del TAF del 16 febbraio 2009 (doc. 98), l'autorità inferiore ha incaricato il H. _____ dell'allestimento dell'ulteriore valutazione medica (doc. 107).

C.d Con perizia pluridisciplinare del 21 ottobre 2009 (rapporto del 29 gennaio 2010, del H. _____, esperita dai dr. i I. _____, psichiatra e psicoterapeuta, e J. _____, reumatologo, i periti hanno concluso che al momento in cui hanno visitato la paziente la sua capacità lavorativa era del 100% in qualsiasi attività, sia dal profilo somatico, che da quello psichico. I periti hanno inoltre indicato di non potersi esprimere con certezza in merito alla capacità lavorativa nei periodi precedenti (doc. 122).

C.e Nelle rispettive prese di posizione del 22 febbraio 2010 del dr. K. _____, specialista in medicina interna generale, e del 28 marzo 2010 del dr. L. _____, psichiatra, i sanitari del servizio medico dell'UAIE hanno integralmente confermato le conclusioni della perizia pluridisciplinare del 21 ottobre 2009 (doc. 125 e 127).

C.f Con progetto di decisione del 13 aprile 2010, l'amministrazione ha pertanto ritenuto che "in base ai nuovi documenti ricevuti, abbiamo constatato che l'esercizio di un'attività lucrativa confacente allo stato di salute sarebbe di nuovo esigibile e permetterebbe di realizzare più del 60% del guadagno che potrebbe essere ottenuto senza invalidità", motivo per cui non sussisteva più alcun diritto ad una rendita (doc. 128).

C.g Dal canto suo, l'insorgente, nella presa di posizione del 24 maggio 2010 (doc. 134), ha esibito la relazione medica del 9 settembre 2009, redatta dal dr. M. _____ (doc. 133), reumatologo, e postulato il riconoscimento di una rendita intera.

C.h Con risposta del 6 settembre 2010 (doc. 138), il dr. L._____ ha confermato la capacità lavorativa del 100% a partire dalla data della perizia pluridisciplinare del 21 ottobre 2009 e ritenuto che l'opposizione del 24 maggio 2010 non conteneva elementi medici nuovi di cui i periti non avessero già tenuto conto.

C.i Con decisione dell'8 ottobre 2010, l'UAIE ha pertanto soppresso a partire dal 1° dicembre 2010 la rendita fino ad allora erogata (doc. 140). Contro la decisione dell'8 ottobre 2010, l'interessata è dapprima insorta presso il Tribunale amministrativo federale, che, con sentenza del 2 novembre 2011, ha dichiarato inammissibile il gravame in quanto tardivo (doc. 152). In seguito, il Tribunale federale, con sentenze del 20 dicembre 2011 (art. 155) e del 7 marzo 2012 (doc. 160), ha dichiarato inammissibili entrambi i ricorsi depositati contro la decisione impugnata.

D.

D.a In data 4 ottobre 2013, l'assicurata ha trasmesso una nuova domanda di prestazioni, corredata da diversi documenti medici e amministrativi, in particolare relativi agli esami ortopedici, reumatologici e psichiatrici eseguiti in Spagna dal 2010 in poi (doc. 169, cfr. doc. 161 e segg.).

D.b L'UAIE ha inoltrato la nuova documentazione al dr. K._____ del suo servizio medico e quest'ultimo, in una prima annotazione del 28 ottobre 2013 (doc. 172), ha ritenuto che nessuno dei referti medici forniva delle nuove limitazioni funzionali e che non era riscontrabile una modifica della situazione valetudinaria. Conseguentemente, l'autorità inferiore, con progetto di decisione del 21 novembre 2013 (doc. 173), ha dichiarato di non poter entrare nel merito della nuova domanda.

D.c L'insorgente si è opposta a tale progetto di decisione con scritto del 19 dicembre 2013, postulando il riconoscimento del diritto ad una rendita intera o subordinatamente tre quarti di rendita, mezza rendita o un quarto di rendita. Essa ha pure trasmesso svariati documenti medici, in larga parte già agli atti (doc. 181).

D.d L'amministrazione ha dunque sottoposto i più recenti referti medici al dr. K._____, il quale, con presa di posizione del 27 gennaio 2014 (doc. 183), ha concluso che verosimilmente la situazione valetudinaria era rimasta stabile dal 2009 in avanti, ma che conveniva nondimeno, alla luce dell'istoriato dell'assicurata e delle valutazioni parzialmente contraddittorie

tra il rapporto ortopedico e quello reumatologico, approfondire gli sviluppi della malattia ed entrare nel merito della nuova domanda.

D.e Su richiesta del suo servizio medico, l'UAIE ha dunque pregato l'Istituto G. _____ di trasmettere un rapporto medico sullo stato di salute dell'assicurata, ivi compreso un esame della funzione polmonare, una perizia particolareggiata E213, un rapporto neurologico, un rapporto psichiatrico ed un esame ortopedico con gli eventuali esami radiologici (doc. 183 e 184).

D.f I documenti ottenuti (cfr. doc. 187 e segg.) sono poi stati sottoposti al dr. K. _____, il quale, con presa di posizione del 12 maggio 2014, ha precisato che gli atti medici confermano la perizia del H. _____ del 2009 e in particolare l'assenza di nuove patologie ed ha indicato di ritenere appropriato sottoporre la documentazione anche ad uno specialista psichiatra del servizio medico dell'UAIE (doc. 206).

D.g Con risposta del 24 settembre 2014, il dr. N. _____, psichiatra e psicoterapeuta, nonché perito medico certificato SIM (Swiss Insurance Medicine), ha confermato che dal punto di vista psichiatrico non vi sono state modifiche rispetto alla perizia del 21 ottobre 2009 (doc. 208).

D.h Nel progetto di decisione del 7 novembre 2014 (doc. 209), l'UAIE ha di conseguenza ritenuto che "secondo il nostro servizio medico lo stato di salute è rimasto stazionario dopo la soppressione della rendita nel 2010" e che "malgrado il danno alla salute, l'esercizio di un'attività lucrativa è sempre esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita", negando all'assicurata il diritto alle prestazioni di invalidità richieste.

D.i Con presa di posizione del 24 novembre 2014, l'assicurata ha postulato il riconoscimento di una rendita di invalidità in applicazione delle pertinenti disposizioni legali e prodotto documentazione medica già agli atti (doc. 221).

D.j Il 22 dicembre 2014, l'UAIE ha deciso nel senso prospettato nel progetto di decisione del 7 novembre 2014. L'amministrazione ha specificato di aver tenuto conto anche delle osservazioni del 24 novembre 2014, ma che la documentazione allegata non era suscettibile di rimettere in causa le conclusioni del progetto di decisione. Inoltre, l'autorità inferiore ha ribadito che "dagli atti in nostro possesso non risulta un'incapacità al lavoro media sufficiente, per un anno, ai sensi delle disposizioni sopraccitate. Malgrado il danno alla salute, l'esercizio di un'attività lucrativa è sempre esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita" (doc. 222).

E.

Il 22 gennaio 2015, l'interessata ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale (TAF) contro la decisione del 22 dicembre 2014 mediante il quale ha chiesto di riformare la decisione impugnata nel senso del riconoscimento del diritto ad una rendita intera, in via subordinata a tre quarti di rendita, a mezza rendita o ad un quarto di rendita (doc. TAF 1).

F.

Il 3 marzo 2015 l'interessata ha versato il richiesto anticipo di fr. 400.-, corrispondente alle presumibili spese processuali (doc. TAF 5 e 9).

G.

Invitata a prendere posizione, con risposta del 9 giugno 2015, l'autorità inferiore, fondandosi principalmente sui diversi pareri del suo servizio medico, compresa la presa di posizione del dr. K. _____ dell'11 maggio 2015, ha confermato che l'assicurata non subiva un'incapacità lavorativa di livello pensionabile, proponendo la reiezione del gravame e la conferma della decisione impugnata (doc. TAF 12).

H.

Nella replica del 3 agosto 2015 (doc. TAF 15), l'assicurata si è riconfermata nelle motivazioni e conclusioni già esposte nel memoriale di ricorso.

I.

Il 19 agosto 2015, la replica è stata trasmessa per conoscenza all'UAIE (doc. TAF 16).

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. Inoltre, con versamento del 3 marzo 2015 (doc. TAF 5 e 9), la ricorrente ha tempestivamente corrisposto l'anticipo spese richiesto (art. 21 cpv. 3 e 63 cpv. 4 PA).

2.

2.1 La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea, 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.

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

3.2 Nell'evenienza concreta, la decisione impugnata, con cui è stata respinta la nuova richiesta di prestazioni AI del 4 ottobre 2013 (doc. 169) è stata emessa in data 22 dicembre 2014 (doc. 222). Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6a revisione in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603), così come le modifiche intervenute successivamente e fino alla data dell'emanazione della decisione impugnata.

4.

Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione

impugnata, in quanto il giudice delle assicurazioni sociali esamina il provvedimento sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata pronunciata (DTF 136 V 24 consid. 4.3). 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).

5.

In virtù dell'art. 43 LPGA nonché degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 PCF (RS 273), il Tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Secondo giurisprudenza, se il giudice ritiene che i fatti non sono sufficientemente delucidati, può, peraltro non senza qualche limitazione (cfr. DTF 137 V 210 consid. 4.4.1.4), sia rinviare la causa all'amministrazione per completamento dell'istruzione sia procedere lui medesimo a tale istruzione complementare. Un rinvio all'amministrazione che ha per scopo di completare l'accertamento dei fatti non viola né i principi della semplicità e della celerità né il principio inquisitorio. In particolare, un siffatto rinvio appare in generale siccome giustificato se l'amministrazione ha proceduto ad una constatazione dei fatti sommaria nella speranza che in caso di ricorso sarebbe poi stato il Tribunale ad effettuare i necessari accertamenti fattuali (cfr. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii).

6.

6.1 In base all'art. 8 cpv. 1 LPGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

6.2 L'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni cumulative:

- 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 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e
- c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

6.3 L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE (DTF 130 V 253 consid. 2.3). Dopo l'entrata in vigore dei nuovi regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009, i cittadini svizzeri e dell'Unione europea che presentano un grado d'invalidità del 40% almeno, hanno diritto ad un quarto di rendita in applicazione dell'art. 28 cpv. 1 LAI indipendentemente dal loro domicilio e residenza (art. 4 del regolamento [CE] n. 883/04).

6.4 Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGGA 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 obbiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA).

6.5 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (v., fra le tante, le sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18

maggio 2009). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 LAI, 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; metodo generale del raffronto dei redditi). 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.

7.

7.1 Per quanto attiene alle regole che reggono la procedura di una nuova domanda di rendita, va rilevato che qualora, nell'ambito di una prima domanda, la rendita sia stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente, una nuova domanda è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 OAI [RS 831.201]). Per valutare questo aspetto occorre confrontare la situazione al momento della nuova decisione con quella esistente al momento dell'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 determinazione del grado d'invalidità (cfr. sentenza del TF 9C_418/2015 del 29 agosto 2011 consid. 4.2 con rinvii e 4.3; DTF 130 V 108 e 130 V 71 consid. 3.2.3).

7.2 La condizione di verosimiglianza posta dall'art. 87 cpv. 2 OAI deve permettere all'amministrazione, che ha precedentemente rifiutato una prestazione o comunque una sua revisione con provvedimento cresciuto in giudicato, di scartare senza ulteriori esami nuove domande con le quali l'assicurato si limita a ripetere gli stessi argomenti, senza allegare una modifica di fatti determinanti (DTF 125 V 410 consid. 2b). Adita con una nuova domanda, l'amministrazione deve così cominciare con l'esaminare se le allegazioni dell'assicurato sono, in maniera generale, plausibili, in altri termini se l'assicurato ha reso plausibile, e non verosimile nel senso della probabilità preponderante, una modifica significativa del suo stato di salute, suscettibile d'incidere sulla sua capacità lavorativa rispettivamente sul grado d'invalidità, rispetto a quella precedentemente ritenuta. Se ciò non è il caso, può liquidare l'istanza senza ulteriori indagini con una decisione di non entrata nel merito. A tal proposito, occorre precisare che quanto più

breve è il lasso di tempo trascorso dalla decisione precedente, tanto più rigorosamente l'amministrazione apprezzerà la plausibilità delle allegazioni dell'assicurato. Su questo aspetto, essa dispone di un certo margine di apprezzamento che il giudice è di principio tenuto a rispettare (v. sentenze del TF 9C_708/2007 dell'11 settembre 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti, 9C_860/2007 del 10 dicembre 2008 consid. 5 e I 52/03 del 16 gennaio 2004 consid. 3). Peraltro, allorquando l'autorità inferiore è entrata nel merito di una domanda di rendita il giudice non ha da esaminare la legittimità di siffatta entrata nel merito (DTF 133 V 108 consid. 5.2).

7.3 Visto che l'autorità inferiore è entrata nel merito della nuova domanda di rendita (cfr. in particolare i doc. 183 e 184), le incombeva, in analogia ad una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGa, di esaminare se tra la situazione esistente al momento dell'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata oggetto di un esame materiale del diritto alla rendita, nel caso di specie la decisione dell'8 ottobre 2010 (doc. 140), e la situazione al momento dell'emanazione della decisione qui impugnata, del 22 dicembre 2014 (doc. 222), è intervenuta una significativa modifica del grado d'invalidità (cfr. sentenze del TF 9C_421/2014 del 21 luglio 2014 consid. 3 e 9C_418/2010 del 29 agosto 2011 consid. 4.2 e 4.3).

7.4 Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado di invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Per conseguenza, la rendita può essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica significativa dello stato di salute, ma anche quando detto stato è rimasto invariato, ma le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento significativo (DTF 130 V 343 consid. 3.5). Peraltro, per procedere alla revisione di una rendita d'invalidità occorre che il grado d'invalidità abbia subito una notevole modifica (art. 17 cpv. 1 LPGa). A differenza di quanto prescritto dall'art. 17 cpv. 2 LPGa per le altre prestazioni durevoli, l'art. 17 cpv. 1 LPGa non esige in relazione alla revisione di una rendita d'invalidità una modifica notevole dello stato di fatto, ma (solo) una modifica notevole del grado d'invalidità. Questa modifica può risiedere sia in un cambiamento dello stato di salute sia in una modifica della componente lucrativa (DTF 133 V 545 consid. 6.1-6.3). Anche una modifica di poco conto nello stato di fatto determinante può così dare luogo a una revisione di una rendita dell'assicurazione per l'invalidità se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di un valore limite (DTF 133 V 545 consid. 6.3). In tale evenienza i parametri di calcolo dell'invalidità, compresi gli aspetti parziali del diritto alla rendita (quali sono segnatamente la determinazione del reddito con e

senza invalidità), possono essere ridefiniti facendo capo alle regole applicabili al momento del nuovo esame (cfr. sentenza del TF 9C_696/2007 consid. 5.1 e relativi riferimenti). Irrilevante è invece, una diversa valutazione di una fattispecie restata sostanzialmente immutata.

8.

8.1 In primo luogo, occorre dunque esaminare se prima dell'emanazione della decisione impugnata, l'autorità inferiore ha proceduto ad un sufficiente accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti oppure avrebbe dovuto fare eseguire ulteriori esami medici per potersi determinare con cognizione di causa - secondo il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali - sullo stato di salute e sulla residua capacità lavorativa della ricorrente.

8.2 A tal proposito, giova precisare che la decisione impugnata si basa, oltre che sui referti medici trasmessi dalla ricorrente e dall'Istituto G._____, principalmente sulle prese di posizione del servizio medico dell'UAIE e segnatamente sulla presa di posizione del dr. K.____ del 12 maggio 2014 (doc. 206).

9.

9.1 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. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione – ad esempio quale perizia o rapporto – ma il suo contenuto (DTF 140 V 356 consid. 3.1; 125 V 351 consid. 3).

9.2 Secondo costante giurisprudenza, i referti affidati dagli organi dell'amministrazione a medici esterni oppure a un servizio specializzato indipendente che fondano le proprie conclusioni su esami e osservazioni approfondite, dopo avere preso conoscenza dell'incarto, e che giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non vi siano indizi concreti atti a mettere in dubbio la loro affidabilità (DTF 137 V

210 consid. 6.2.4; 134 V 231 consid. 5.1 con rinvii; 125 V 351 [sul valore probatorio attribuito ai rapporti interni del servizio medico, cfr. DTF 135 V 254 consid. 3.3 e 3.4]).

9.3 In particolare, 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. 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 (DTF 137 V 210 consid. 1.3.4; 125 V 351 consid. 3b/bb).

9.4 Per quel che riguarda le perizie di parte, il TF ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse non abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione. Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b con rinvii).

9.5 In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del TF 8C_556/2010 del 24 gennaio 2011 consid. 7.2 con rinvii).

10.

10.1 Nella procedura di revisione conclusasi con decisione dell'8 ottobre 2010 (doc. 140), l'UAIE, fondandosi sui referti medici allora agli atti, e segnatamente la perizia pluridisciplinare del 21 ottobre 2009 del H._____, ha considerato che l'assicurata, a partire dal 1° dicembre 2010, non aveva più alcun diritto ad una rendita d'invalidità, in particolare, perché, malgrado

le note affezioni, essa era di nuovo in grado di svolgere a tempo pieno un'attività confacente al suo stato di salute.

10.2 Nella perizia pluridisciplinare in questione, i dr.i I._____ e J._____ hanno diagnosticato segnatamente un disturbo doloroso somatoforme F45 a partire dal 1997, un disturbo depressivo ricorrente (all'epoca disturbo di media entità con sindrome somatica F33.11 dal 1999), discopatie cervicali con ernia discale in C3 e C4 (1999), disturbi statici moderati del rachide ed un'ipertensione arteriosa trattata, concludendo che la capacità lavorativa era del 100%, sia da un punto di vista somatico, che psichico, ed in qualsiasi attività potenzialmente esigibile, compresa la precedente attività di addetta alle pulizie (doc. 122).

10.3 Le conclusioni dei periti sono in seguito state confermate anche dagli specialisti del servizio medico dell'UAIE con prese di posizione del 22 febbraio 2010 del dr. K._____ (doc. 125) e del 28 marzo 2010 del dr. L._____ (doc. 127). Quest'ultimo, con risposta del 6 settembre 2010 (doc. 138), ha inoltre ulteriormente ribadito la piena capacità lavorativa anche alla luce dell'opposizione al progetto di decisione (cfr. doc. 133 e 134).

11.

11.1 In relazione alla domanda di rendita in esame – depositata il 4 ottobre 2013 – risulta in particolare la seguente documentazione:

- il referto medico del 19 giugno 2013 del dr. M._____ del servizio di reumatologia dell'ospedale O._____, dove lo specialista ha precisato che, dato il dolore alla pressione in più di 11 dei 18 punti di pressione presi in considerazione ai fini della valutazione della fibrosite, i riscontri clinici erano compatibili con la sindrome fibromialgica e raccomandava il depistaggio dell'organicità a livello disco vertebrale, cervicale e lombare. Tuttavia, in conclusione, e dopo aver rilevato che la RM cervicale e lombare del 1° febbraio 2012 non metteva in evidenza affezioni gravi, l'esperto sembrava nondimeno propendere, pur senza motivazione dettagliata, per una natura organica della sindrome somatoforme (cfr. doc. 165);
- il referto medico del 28 giugno 2013 del dr. P._____ (doc. 166), psichiatra, il quale, dopo aver ricordato che la paziente era in cura presso l'Unità di salute mentale dal 2006 e che il livello di ansietà medio-alto era costante nel tempo, ha diagnosticato un disturbo depressivo ansioso persistente (F 34.10 CIE 10);

- il certificato del 15 luglio 2013 della dr.ssa Q. _____ (doc. 164), in cui il medico di famiglia ha diagnosticato ipertensione arteriale, asma bronchiale, disturbo ansioso depressivo persistente, artropatia degenerativa e sindrome fibromialgica;
- il certificato medico del 12 settembre 2013 del dr. R. _____ (doc. 163), specializzato in chirurgia ortopedica e traumatologia, il quale ha in particolare diagnosticato una cervicalgia contratturale, una cervicobrachialgia bilaterale, una cervicoartrosi maggiormente avanzata in C3-C4-C5 e C6, una spalla destra dolorante per artropatia dell'acromion-clavicolare, tendinopatia calcarea con rottura parziale del sovraspinoso, tendinopatia calcarea dell'infraspinoso e tendinopatia calcarea del sub-scapolare e liquido nella sacca subracromion deltoidea, una dorso-lombalgia con componente sciatalgica bilaterale cronicizzata, uno dorso-lombo artrosi con discreta scoliosi dorsale-lombare, una protrusione discale L1 e L2-L3, una protrusione ernia discale L5-S1 con predominanza paramediale sinistra che preme sullo spazio epidurale anteriore ed una fibromialgia con digitopressione positiva 15/18 secondo i criteri ACR. Lo specialista ha inoltre precisato che la paziente risultava clinicamente molto compromessa dalla patologia, che le provocava una grave incapacità ai fini dello svolgimento di un'attività lavorativa.

11.2 Con risposta del 28 ottobre 2013 (doc. 172), il dr. K. _____ ha considerato che i referti trasmessi non permettevano di ritenere delle nuove affezioni o un peggioramento delle patologie conosciute, concludendo che la situazione generale restava immutata, ragione per cui doveva venir confermata la precedente valutazione. Pertanto, con progetto di decisione del 21 novembre 2013 (doc. 173), l'amministrazione aveva prospettato di non poter esaminare la nuova domanda.

11.3 A questo progetto l'assicurata si è opposta con scritto del 19 dicembre 2013 (doc. 181), adducendo di aver provato tramite documenti il peggioramento della propria situazione valetudinaria ed allegando, oltre ai referti già agli atti, un nuovo scritto della dr.ssa Q. _____ del 22 luglio 2013, in cui si evidenziava come i disturbi di cui soffriva la paziente erano riconducibili alla morte della figlia nel 1997 e che in virtù del loro decorso cronico e progressivo rendevano impossibile svolgere un'attività lavorativa (doc. 179).

11.4 Con presa di posizione del 27 gennaio 2014 (doc. 183), il dr. K. _____ ha precisato la sua precedente valutazione ed evidenziato

come il dr. R. _____ nel rapporto del 12 settembre 2013 (doc. 163) ha messo in evidenza delle diagnosi organiche (artropatia alla spalla, sindrome cervicale e scoliosi dorsale-lombare), ciò che – a suo dire – risultava essere in contraddizione con le conclusioni del reumatologo del 19 giugno 2013 (doc. 165). Pertanto, egli indicava di ritenere adeguato entrare nel merito della nuova domanda e richiedere ulteriore documentazione medica specialistica.

11.5 Su richiesta dell'UAIE (cfr. doc. 184), l'assicurata ha dunque prodotto segnatamente i seguenti referti:

- il certificato medico del 18 marzo 2014, della dr.ssa S. _____, neurologa, secondo cui la ricorrente all'esame obiettivo non risultava presentare particolari anomalie. La specialista ha inoltre analizzato le risonanze magnetiche lombari e cervicali del 2011, concludendo che l'assicurata soffriva di cefalea cronica dovuta a tensione (doc. 202);
- la scheda sul decorso clinico (doc. 201) ed il referto medico del 5 marzo 2014 (doc. 199, p. 2) redatti dal dr. M. _____, sostanzialmente identiche al precedente certificato medico del 19 giugno 2013 (doc. 165);
- il certificato medico del 5 marzo 2014 (doc. 199, p. 1) del dr. T. _____ del centro di salute mentale dell'Ospedale O. _____, il quale ha confermato i sintomi lamentati dall'assicurata, diagnosticando una distimia;
- uno scritto della dr.ssa Q. _____ del 10 marzo 2014 (doc. 198), identico a quello del 22 luglio 2013 (doc. 179);
- il certificato medico del 10 marzo 2014 (doc. 198, p. 5 e 6) della dr.ssa U. _____, la cui specializzazione non è nota, in cui, dopo aver elencato i noti disturbi e le note diagnosi, ha concluso di non aver riscontrato alcun miglioramento significativo relativo al quadro doloroso ed i disturbi distimici, motivo per cui la paziente era da ritenersi incapace di svolgere qualsivoglia attività continuativa che comporta concentrazione e attività fisica e psichica;
- la perizia medica particolareggiata E213 eseguita in data 27 marzo 2014 (doc. 193) dal dr. V. _____, la cui specializzazione non è nota, nella quale ha rilevato che l'assicurata non presentava particolari deficit funzionali agli arti superiori ed inferiori, ma che andava

nondimeno tenuto conto dei seguenti limiti funzionali: luogo di lavoro senza fumo, gas e vapori, senza lavoro a turni, assenza di frequenti flessioni, trasporto e sollevamento di pesi oppure salita di piani inclinati, scale o scale a pioli). Infine, il perito ha concluso che essa era in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri e di lavorare ad uno schermo, che era autonoma nell'esercizio della sua attività professionale sia sul posto di lavoro, sia a domicilio, specificando che essa era in grado di svolgere a tempo pieno un lavoro adattato ai suoi limiti funzionali.

11.6 Dopo aver visionato i documenti trasmessi, con presa di posizione del 12 maggio 2014 (doc. 206), il dr. K._____ ha considerato che dai più recenti rapporti specialistici non risultavano nuove affezioni o un peggioramento significativo delle patologie conosciute e ha dunque confermato una situazione valetudinaria identica a quella evidenziata dalla perizia pluridisciplinare del 21 ottobre 2009 e l'assenza di una rilevante incapacità lavorativa. Tale conclusione è stata confermata anche dal dr. N._____, psichiatra del servizio medico dell'UAIE, con scritto del 24 settembre 2014 (doc. 208). Per conseguenza, l'autorità inferiore ha poi emesso la decisione impugnata, con cui ha deciso di respingere la domanda di prestazioni della ricorrente.

12.

12.1 Nel caso in esame, l'autorità inferiore è dunque entrata nel merito della nuova richiesta di prestazioni del 4 ottobre 2013 in particolare perché il certificato medico del 12 settembre 2013 del dr. R._____, oltre alla fibromialgia, menzionava numerose affezioni di natura organica/somatica. Il servizio medico dell'UAIE ha quindi ritenuto opportuno indagare ulteriormente al riguardo ed ha richiesto la produzione di ulteriori referti medici aggiornati. Tali richieste sono poi state formulate in maniera precisa all'Istituto G._____ dall'UAIE, il quale ha preteso in particolare rapporti dattiloscritti e dettagliati circa la diagnosi, i sintomi, l'evoluzione delle affezioni e l'eventuale incapacità lavorativa (doc. 184). Appare dunque evidente come sia il servizio medico dell'UAIE che l'autorità inferiore non ritenessero la documentazione prodotta dall'assicurata fino a quel momento siccome sufficiente per potersi esprimere compiutamente sull'evoluzione dello stato di salute e la residua capacità lavorativa della ricorrente.

12.2 Questo Tribunale rileva tuttavia che i documenti medici in seguito trasmessi dall'Istituto G._____ non hanno permesso di fare sufficientemente luce sull'evoluzione della situazione valetudinaria dell'assicurata.

12.3 In primo luogo, nel certificato medico del 18 marzo 2014 della dr.ssa S. _____ (doc. 188), dopo l'anamnesi segue un esame obiettivo particolarmente sommario. La specialista ha eseguito un'osservazione clinica superficiale, limitandosi a constatare i valori nella norma delle più essenziali funzioni neurologiche. Per quel che concerne invece gli esami complementari, essa ha basato le proprie valutazioni su risonanze magnetiche lombari e cervicali del 2011. Alla luce delle diagnosi indicanti una natura organica poste dal dr. R. _____ nel settembre del 2013 (doc. 163), tra l'altro anche parzialmente riprese alla voce "antecedenti personali" nel certificato medico in esame, la neurologa avrebbe dovuto approfondire tali aspetti con la necessaria cura e si imponevano segnatamente anche delle risonanze magnetiche aggiornate, in modo da poter confermare, rispettivamente smentire, in maniera oggettiva le diagnosi poste dall'ortopedico e di conseguenza valutare l'eventuale peggioramento dello stato di salute dell'insorgente.

Aver tralasciato simili accertamenti risulta tanto più singolare se si considera che pure il reumatologo, nei rapporti del 19 giugno 2013 (doc. 166) e 5 marzo 2014 (doc. 199, p. 2), ha espressamente raccomandato di esperire ulteriori accertamenti in modo da poter aver certezza in merito all'eventuale natura somatica a livello disco vertebrale, cervicale e lombare dei dolori che affliggevano la ricorrente. Va altresì ricordato che il dr. M. _____ appare ad ogni modo propendere pure lui per una natura organica dei dolori ("puesto que se trata de un caso de dolor crónico, no quirúrgico y con base orgánica (...)") e pertanto corroborare le menzionate valutazioni del dr. R. _____.

12.4 In secondo luogo, l'amministrazione aveva richiesto un dettagliato rapporto psichiatrico che tematizzasse segnatamente anche l'evoluzione del disturbo di salute mentale lamentato dall'interessata (doc. 184). Nondimeno, il referto specialistico del 5 marzo 2014 (doc. 199, p. 1) del dr. T. _____ risulta alquanto succinto e vago a tal riguardo. In merito allo sviluppo della malattia, lo psichiatra ha indicato unicamente che "il quadro clinico si è evoluto in forma variabile e la paziente necessita di cure costanti e di visite frequenti", diagnosticando una distimia. Risulta dunque totalmente assente un confronto con le diagnosi poste in precedenza dagli specialisti che hanno avuto in cura la paziente, così come un'esposizione articolata relativa all'evoluzione della malattia, rispettivamente l'attuale capacità lavorativa dell'assicurata.

12.5 Infine, dato che il servizio medico dell'UAIE ha ritenuto opportuno entrare nel merito della nuova domanda di prestazioni segnatamente in virtù

del referto ortopedico del 12 settembre 2013 del dr. R._____ (doc. 163), egli ha richiesto anche la trasmissione di un ulteriore rapporto specialistico aggiornato con indicazioni in merito alla capacità funzionale delle articolazioni, così come eventuali esami radiologici (cfr. doc. 184). Tuttavia, tale rapporto non è mai stato trasmesso e neppure il referto neurologico agli atti permetteva di far chiarezza in merito (cfr. consid. 13.3), ragione per cui non risultava possibile avvalorare, ma neppure confutare, le diagnosi di origine organica poste dall'ortopedico. La natura del disturbo somatico di cui soffre l'assicurata non è pertanto stata indagata a sufficienza.

12.6 Ne discende che, in assenza di sufficienti accertamenti, segnatamente in ambito reumatologico, neurologico e ortopedico, l'istruttoria eseguita dall'autorità inferiore risulta carente. Il servizio medico dell'UAIE, così come l'UAIE stesso si sono fondati su documentazione incompleta e pertanto inconcludente, malgrado essi stessi abbiano chiesto l'aggiornamento dell'incarto. In simili condizioni, non risulta possibile per questa Corte determinarsi, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, sullo stato di salute della ricorrente e sulle conseguenze sulla capacità lavorativa.

12.7 Già solo per questa grave lacuna istruttoria – il rapporto del servizio medico dell'UAIE si fonda su documentazione specialistica incompleta e datata e quindi inconcludente – la decisione impugnata del 22 dicembre 2014 va annullata. Gli atti di causa sono pertanto rinviati all'autorità inferiore affinché proceda a completare l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti e ad emanare una nuova decisione.

13.

13.1 Questo Tribunale rileva altresì che pure l'apprezzamento dei documenti versati agli atti e confluito nella presa di posizione del servizio medico dell'UAIE del 12 maggio 2014 (doc. 206), oltre a poggiare su un'istruttoria incompleta, non convince per diversi motivi.

13.2

13.2.1 Nella citata presa di posizione, il servizio medico dell'UAIE ha indicato che i rapporti specialistici neurologici e reumatologici permettevano di escludere una natura somatica dei dolori, e di conseguenza ha concluso che la situazione valetudinaria non era mutata rispetto a quanto attestato nella perizia H._____ dell'ottobre 2009. Si tratta tuttavia di una valuta-

zione in contrasto con gli accertamenti specialistici agli atti: l'ortopedico/traumatologo ha posto svariate diagnosi organiche (doc. 163) e pure il reumatologo, al contrario di quanto riportato dal dr. K. _____, nonostante abbia indicato la necessità di indagare oltre l'eventuale natura somatica dei dolori, sembrava ritenere più verosimile un'origine organica dei disturbi (doc. 165). D'altro canto, il parere della neurologa Dr. S. _____ è basato in larga parte su documenti medici oggettivi risalenti al 2011 (cfr. consid. 12.3 del presente giudizio), dunque non più determinanti per quel che concerne l'evoluzione più recente della malattia. Ne consegue, che la succitata valutazione del dr. K. _____ non può essere condivisa, fondandosi su esami datati ed incompleti e scostandosi – senza motivo evidente, né specifica e accurata motivazione – dai referti specialistici agli atti.

13.2.2 Anche per questo motivo, la decisione impugnata, che si fonda su tale parere medico, non merita di essere tutelata e va pertanto annullata.

14.

14.1 In caso di annullamento della decisione 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., fra le tante, la 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 (v. sentenza del TF 9C_162/2007 del 3 aprile 2008 consid. 2.3 con rinvii; DTF 126 II 43; 125 II 326). Come precisato ai considerandi precedenti tale non è il caso nella presente fattispecie.

14.2 L'incarto va pertanto trasmesso all'autorità inferiore affinché completi l'accertamento dei fatti giuridicamente rilevanti. La ricorrente verrà in particolare sottoposta ad una perizia pluridisciplinare che accerti lo stato di salute e gli effetti sulla capacità lavorativa da un punto di vista reumatologico, neurologico, psichiatrico ed ortopedico. Saranno inoltre eseguiti tutti quegli esami strumentali e radiologici che il caso – e l'evoluzione nel tempo dello stato di salute – richiede.

14.3 Dagli accertamenti da esperire dovrà in particolare emergere l'evoluzione dello stato di salute dalla ricorrente a partire dall'ottobre 2010 e l'attuale grado d'incapacità lavorativa in attività eventualmente ancora esigibili nonché la decorrenza dell'eventuale incapacità lavorativa alla luce di una valutazione espressa congiuntamente dai periti, tenuto conto dei vari pareri medici agli atti e della giurisprudenza del Tribunale federale in merito ai

dolori somatoformi (DTF 141 V 281) e alle affezioni psichiche (DTF 143 V 409 e 143 V 418).

14.4 In siffatte circostanze, non essendo stati chiariti aspetti medici determinanti – in particolare essendo stato tralasciato un congruo accertamento pluridisciplinare della fattispecie – il rinvio degli atti di causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria nel senso precedentemente indicato è compatibile con la giurisprudenza del Tribunale federale (cfr. DTF 137 V 210 (segnatamente consid. 4.4.1.4)).

14.5 Visto l'esito del ricorso, non sono prelevate delle spese processuali. Alla ricorrente sarà restituito l'anticipo delle spese processuali di fr. 400.-, versato il 3 marzo 2015, allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

14.6 Ritenuto che l'insorgente è rappresentata in questa sede da mandatario professionale e che ha da ritenersi vincente nella presente causa, si giustifica altresì l'attribuzione di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 segg. 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]; cfr. pure DTF 137 V 57 consid. 2 secondo cui la parte che ha presentato ricorso in materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione). La stessa, in assenza di una nota dettagliata, è fissata d'ufficio (art. 14 cpv. 2 TS-TAF) in fr. 2'000.- (compresi i disborsi ed esclusa l'imposta sull'IVA [cfr., fra le tante, sentenza del TAF C-995/2014 del 9 marzo 2017 consid. 10.2 con rinvii]), tenuto conto del lavoro utile e necessario, limitato, svolto dal rappresentante della ricorrente. L'indennità per ripetibili è posta a carico dell'UAIE

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è accolto nel senso che la decisione impugnata del 22 dicembre 2014 è annullata e gli atti di causa sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria e alla pronuncia di una nuova decisione ai sensi dei considerandi.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di fr. 400.-, corrisposto il 3 marzo 2015, sarà restituito alla ricorrente dopo la crescita in giudicato della presente sentenza

3.

L'UAIE rifonderà alla ricorrente fr. 2'000.- a titolo di spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- rappresentante della ricorrente (Raccomandata con avviso di ricevimento),
- autorità inferiore (n. di rif. [...]; Raccomandata),
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali (Raccomandata).

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Vito Valenti

Oliver Engel

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 di cui agli art. 82 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: