



Sentenza del 5 aprile 2016

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Daniel Stufetti
Cancelliere: Dario Croci Torti

Parti

A. _____,

patrocinata dall'avv. Raffaele Dadò, 6602 Muralto,
ricorrente,

contro

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

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità, revisione della rendita
(decisione del 9 ottobre 2013)

Fatti:**A.**

A.a A._____, nata il _____, residente in Italia, ha lavorato in Svizzera dal 1976 al 2007, solvendo regolari contributi all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI). Dal 1986 era alle dipendenze di una ditta del locarnese in qualità di impiegata d'ufficio (doc. 53). Dal 2001 ha lavorato solo parzialmente per problemi alla schiena e di concentrazione (doc. 52 inc. Al Ticino).

A.b In data 18 dicembre 2002 A._____ ha formulato all'Ufficio AI del Cantone Ticino (UAI) una domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 37 inc. Al Ticino). L'istruttoria aveva posto in evidenza una sindrome lombovertebrale cronica con insufficienza muscolare ed irradiazione spondilogenica a destra con periartrite coxae omolaterale e contratture piriformi, osteocondrosi L5-S1 e condrosi L4-L5, scoliosi destroconvessa, sindrome cervico-lombare e cervicovertebrale cronica, osteocondrosi C6-C6, condrosi C4-C5, spondiloartrosi C5-C7 (cfr. segnatamente i reperti del Dott. B._____, reumatologo, del 28 febbraio 2002 e del Dott. C._____, generalista, del 2 aprile 2002, doc. 19, 20, inc. Al Ticino). Con un ulteriore referto del 27 novembre 2002, il Dott. B._____, alla precedente diagnosi ha aggiunto una fibromialgia (doc. 29 inc. Al Ticino). Nel certificato del 9 gennaio 2003 il Dott. B._____, ha indicato oltre alla fibromialgia, una sindrome somatoforme da dolore persistente con componente depressiva ricorrente (doc. 42 inc. Al Ticino). La capacità lavorativa è stata valutata nel 50% per motivi reumatologici, segnatamente la fibromialgia e le componenti statiche e degenerative (senza considerare la depressione, doc. 43 inc. UAI Ticino). Il dottor C._____, medico curante, nel suo rapporto del 28 gennaio 2003 ha pure indicato, oltre ai disturbi alla colonna vertebrale, fibromialgia, sindrome depressiva ricorrente (doc. 47 inc. Al Ticino). L'incapacità lavorativa per motivi psichiatrici era tuttavia nulla, mentre quella per motivi reumatologici pari circa al 50%.

A.c Nel rapporto del 16 aprile 2003 (doc. 57 inc. Al Ticino), il Dott. D._____, medico di fiducia dell'Ufficio AI cantonale, ha rinviato alle conclusioni del dottor B._____ e del dottor C._____, proponendo di ammettere un grado d'incapacità al lavoro del 50% in tutte le attività (anche in un'attività lavorativa leggera e ergonomicamente ideale).

A.d Mediante decisione del 13 giugno 2003 l'Ufficio AI cantonale ha quindi erogato in favore dell'assicurata una mezza rendita d'invalidità con decorrenza 1° ottobre 2002 (doc. 75 inc. AI Ticino).

B.

Nell'aprile 2005, l'Ufficio AI cantonale ha avviato la prevista procedura di revisione del diritto alla rendita (doc. 86 inc. AI Ticino).

Dal questionario del datore di lavoro sottoscritto il 15 luglio 2005 è emerso che l'interessata, dopo il riconoscimento del diritto alla mezza rendita AI, aveva lavorato come segretaria a metà tempo, ma che era previsto il suo licenziamento con effetto 31 luglio 2005 a causa della cessazione d'attività della ditta (doc. 92 inc. AI Ticino).

Con comunicazione del 21 luglio 2005, l'Ufficio AI ha confermato il diritto alla mezza rendita in corso (doc. 94 inc. AI Ticino).

C.

Nell'agosto 2006, l'interessata ha comunicato all'amministrazione di stabilirsi in Italia (doc. 96 inc. AI Ticino). Per competenza gli atti sono stati quindi trasmessi all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), il quale ha ripreso i versamenti dal 1° settembre 2006 (doc. 1, 15).

D.

Nel settembre 2009, l'UAIE ha avviato la seconda procedura di revisione (doc. 15). Con presa di posizione del 17 settembre 2009 il dottor E._____, psichiatra, del Servizio medico regionale (SMR), ha ritenuto necessario procedere ad accertamenti psichiatrici e reumatologici, al fine di stabilire se era subentrata una modifica dello stato di salute (doc. 13 pag. 2) Dalla refertazione medica esibita è emerso che l'assicurata presentava fibromialgia, sofferenza del nervo mediano al polso destro, cervicouncoartrosi di C5 con discopatia, disturbo d'ansia e del tono dell'umore in modica compliance, ciò che avrebbe causato un'incapacità di lavoro del 50% in attività leggere (perizia medica particolareggiata del 13 gennaio 2010, E 213, doc. 25; rapporto di esame psichiatrico del Dott. F._____, del 18 gennaio 2010, doc. 20).

Nel rapporto del 27 aprile 2010, il Dott. E._____, ha posto la diagnosi di fibromialgia e disturbo misto ansioso/depressivo (F 41.2, omettendo le diagnosi relative alla colonna cervicale e lombare) e rilevato che la documentazione medica del 2009/2010, presa singolarmente non giustificava

un danno alla salute psichico causante un'incapacità lavorativa. Tuttavia da un raffronto con la situazione precedente non emergeva una modifica della capacità di lavoro dell'assicurata (doc. 28-30).

E.

Con comunicazione del 7 luglio 2010, l'UAIE ha pertanto confermato il diritto alla mezza rendita AI (doc. 31).

F.

F.a Nel corso del mese di febbraio 2012 (doc. 35) l'UAIE ha avviato un riesame della prestazione alla luce delle nuove disposizioni finali di cui alla revisione 6a della LAI - riguardanti rendite assegnate sulla base di una sindrome senza patogenesi o eziologia chiare e senza causa organica comprovata - sottoponendo alcuni quesiti al proprio servizio medico, il quale, tramite il dottor G. _____, medico generalista, ha dichiarato che alla luce delle precedenti prese di posizione e diagnosi, un esame della fattispecie alla luce delle citate disposizioni appariva senza dubbio indicata (doc. 36).

F.b L'UAIE ha quindi ordinato un accertamento approfondito in psichiatria ed uno in reumatologia (doc. 36), sottoponendo ai periti numerosi quesiti dettagliati (doc. 38, 39) e comunicando all'interessata il nome degli esperti (doc. 37).

A. _____ è stata quindi convocata presso il Dott. H. _____ (psichiatra) e presso il Dott. I. _____ (reumatologo) il 4 ottobre 2012. Il Dott. H. _____ ha posto la diagnosi di sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale lieve con sindrome biologica (ICD 10-F33.01) ed ha ritenuto la paziente incapace al 20% in un lavoro a lei proponibile (doc. 42). A proposito dell'evoluzione della capacità lavorativa dal 2002, data dell'attribuzione della mezza rendita, il perito ha dichiarato che la situazione è migliorata.

Il Dott. I. _____ ha posto la diagnosi con ripercussioni sulla capacità lavorativa (riassunto) di sindrome cervico-vertebrale su alterazioni statiche della colonna cervicale da C4 a C7, sindrome lombovertebrale su alterazioni statiche da L3 ad L5-S1; quale diagnosi principale non avente ripercussione sulla capacità di lavoro l'esperto ha rilevato una fibromialgia, una periartropatia omero-scapolare a sinistra, esiti di periartropatia della spalla destra in risoluzione. Lo specialista ha rilevato che il quadro clinico preponderante era sicuramente quello di tipo fibromialgico. Egli ha ammesso

un'incapacità di lavoro del 30% nella sua ultima attività di segretaria e nelle altre precedentemente svolte, intesa come riduzione di rendimento. In un'attività adeguata, che tenesse conto delle limitazioni funzionali, l'assicurata è stata considerata incapace solo al 20% (doc. 43 pag. 11).

F.c Alla luce delle menzionate perizie, nel rapporto riassuntivo del 19 novembre 2012, il Dott. G. _____, omettendo di elencare le diagnosi relative alla colonna vertebrale, ha escluso l'esistenza di una comorbidità psichiatrica grave (doc. 46 pag. 5) ed ha dichiarato l'assicurata inabile al lavoro al 20% a causa della malattia degenerativa alla colonna cervicale e lombare (doc. 46 pag. 2).

F.d Anche la psichiatra di fiducia dell'UAIE, Dott.ssa L. _____, oltre a negare l'esistenza di un episodio depressivo (F.33.0), ha attestato che non vi era grave comorbidità fisica o psichica, nessun ritiro sociale, e obiettivamente, nessun trattamento fallito. L'attività lavorativa in un'attività adeguata è stata considerata pari al 20% (doc. 48 pag. 6).

F.e Con progetto di decisione del 12 febbraio 2013 l'UAIE ha pertanto disposto la soppressione del diritto alla rendita, in quanto lo stato di salute era migliorato ai sensi dell'art. 17 LPG. L'autorità inferiore ha spiegato che l'attuale sindrome depressiva è lieve ed in remissione, che l'assicurata non è mai stata sottoposta a cura psichiatrica e che i pochi disturbi vengono curati con terapia leggera prescritta dal medico curante. Il quadro reumatologico, dal canto suo, non evidenzia alcuna grave degenerazione, né limitazione funzionale elevata. Quindi, lo stato di salute generale non indica né comorbidità grave, né affezione cronica, né statuto psichiatrico cristallizzato, e neppure perdita di integrazione sociale, mentre la fibromialgia indicata dal Dott. I. _____ non comporta nessun danno psichiatrico (doc. 49). L'incapacità lavorativa e di guadagno è stata considerata pari al 30%.

G.

G.a L'assicurata si è opposta a tale progetto con scritto del 18 marzo 2013, rilevando di essere in attesa di essere convocata per due visite specialistiche in reumatologia e psichiatria in Italia (doc. 50).

A. _____ ha quindi esibito, ribadendo le sue conclusioni, una relazione reumatologica del Dott. M. _____ del 6 maggio 2013 del dipartimento medico polispecialistico dell'Ospedale x x di Milano (doc. 52), nonché una relazione d'esame psichiatrico allestita il 27 maggio 2013 dalla Dott.ssa

N._____. In quest'ultimo rapporto viene posta la diagnosi di "disturbo dell'adattamento con ansia ed umore depresso misti conseguente allo stress causato da condizione medica generale cronica e invalidante (fibromialgia, ecc.)", complesso patologico che causerebbe un'incapacità di lavoro del tutto superiore al 50%"(doc. 53).

G.b L'incarto è stato quindi sottoposto nuovamente alla Dott.ssa L._____, psichiatra, la quale, nella relazione del 27 giugno 2013 (doc. 56), ha dichiarato che la diagnosi espressa dalla Dott.ssa N._____ non è più severa di quella posta dal Dott. H._____. Anche il Dott. G._____, nella nota del 5 agosto 2013, ha precisato che la documentazione esibita non pone in rilievo alcun peggioramento rispetto ai fatti medici constatati dai due periti incaricati dall'UAI e che si fonda sulla medesima risonanza magnetica esaminata dal dottor I._____ (doc. 58).

G.c Mediante decisione del 9 ottobre 2013, l'UAIE ha quindi confermato la soppressione del diritto alla mezza rendita AI con effetto dal 1° dicembre 2013, ritenuto che la documentazione medica trasmessa sarebbe ininfluente (doc. 61).

H.

Con ricorso del 15 novembre 2013 (doc. TAF 1) Heidi Nessi, rappresentata dall'avv. Raffaele Dadò, chiede l'annullamento del provvedimento amministrativo impugnato e, di conseguenza, il ripristino del diritto a percepire la mezza rendita AI, protestando spese e ripetibili. A motivazione del gravame l'insorgente adduce che la documentazione agli atti non solo sconfessa la decisione impugnata, ma dimostra la necessità di far esperire una perizia neutra, la quale dimostrerà il peggioramento dello stato di salute.

I.

L'UAIE ha quindi nuovamente sottoposto gli atti alla Dott.ssa L._____, la quale, nel rapporto del 21 gennaio 2014 (doc. 64), ha affermato che soggettivamente l'assicurata non si sente meglio, la fibromialgia essendo sempre presente con dolori e stanchezza, ecc.. Da un punto di vista oggettivo la comorbidità psichica è tuttavia di grado leggero. Può essere pertanto riconosciuta una limitazione della capacità lavorativa, pari al 30%.

Con risposta di causa del 25 febbraio 2014 l'UAIE propone quindi la reiezione dell'impugnativa non avendo motivo di scostarsi dalle conclusioni dei periti (doc. TAF 5).

J.

Con replica del 10 aprile 2014 la ricorrente ha ribadito le richieste formulate con il ricorso e prodotto una relazione del Dott. O. _____, specialista in chirurgia, il quale, rifacendosi alla perizia della Dott.ssa N. _____ del 27 maggio 2013, insiste sulla sintomatologia che ha portato all'accertamento diagnostico di manifestazioni morbose che non consentono l'espletamento di un'attività lucrativa (doc. TAF 8).

K.

Ricevuta la replica l'amministrazione ha sottoposto gli atti alla Dott.ssa L. _____, la quale, nella nota del 24 giugno 2014, si è riconfermata nelle considerazioni precedenti. L'incarto è stato pure sottoposto al Dott. G. _____, il quale, nel rapporto del 6 agosto 2014, ha affermato che il Dott. O. _____ non ha apportato elementi nuovi rispetto a quanto esposto dal Dott. I. _____ (doc. TAF 12 in toto).

Con duplice del 13 agosto 2014 l'UAIE ripropone pertanto la reiezione del ricorso (doc. TAF 12).

L.

La ricorrente, con osservazioni dell'8 settembre 2014, ha confermato le proprie conclusioni (doc. TAF 15).

M.

Con ordinanza del 16 luglio 2015, in esito alla modifica della giurisprudenza del Tribunale federale (pubblicata in DTF 141 V 281) in materia di disturbi da dolore somatoforme e malattie psicosomatiche assimilate a quest'ultimi, questo Tribunale ha invitato le parti ad esprimersi nell'ottica del caso specifico (doc. TAF 17).

M.a La ricorrente fa valere dal canto suo che la revisione deve poggiare su condizioni ben più severe e documentate di quanto esposto da controparte (doc. 19 e 20).

M.b L'autorità inferiore ha sottoposto gli atti alla Dott.ssa P. _____, psichiatra, la quale, nella propria presa di posizione del 12 novembre 2015 (allegata al doc. TAF 26), dopo aver esaminato la nuova giurisprudenza in materia di disturbi da dolore somatoforme e turbe assimilabili ha attestato che non esiste alcuna comorbidità somatica o psichica relativamente al complesso patologico evidenziato dagli specialisti in sede d'istruttoria, confermando la validità delle perizie alla luce della nuova giurisprudenza.

Con osservazioni del 30 novembre 2015 l'UAIE ha quindi proposto di respingere il ricorso adducendo che le conclusioni degli esperti possono essere confermate alla luce dei nuovi indicatori standard (doc. TAF 26).

M.c Il parere dell'UAIE, con il rapporto della Dott.ssa P. _____, è stato inviato alla parte ricorrente con possibilità di esprimersi (doc. TAF 27).

Diritto:

1.

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

2.

2.1 In virtù dell'art. 3 lett. d^{bis} PA la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA nella misura in cui è applicabile la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1). Giusta l'art. 1 LAI le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

2.2 Secondo l'art. 59 LPGA ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Queste condizioni sono adempiute nella specie.

2.3 Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

3.

Il Tribunale amministrativo federale esamina liberamente il diritto federale,

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

4.

In virtù dell'art. 12 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 13 PA) ed a motivare il proprio ricorso (art. 52 PA). Ne consegue che l'autorità di ricorso adita si limita di principio ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui queste emergono dagli argomenti delle parti o dall'incarto (DTF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c e sentenza del TAF C-6034/2009 del 20 gennaio 2010 consid. 2).

5.

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

6.

6.1 Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché 129 V 1 consid. 1.2). Se è intervenuto un cambiamento delle norme legislative nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo

le nuove a partire della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

6.2 Per quel che concerne il diritto interno, le modifiche disposte dalla 6^a revisione della LAI, entrate in vigore il 1° gennaio 2012, sono pertanto applicabili al caso di specie - oggetto del contendere essendo la soppressione della rendita a far tempo dal 1° dicembre 2013 - pur non avendo comportato dei cambiamenti rispetto al vecchio diritto in merito alla valutazione dell'invalidità.

7.

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

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

comunque dato per acquisito che la documentazione medica ed amministrativa prodotta dagli istituti di sicurezza sociale di un altro Stato membro deve essere presa in considerazione (art. 49 cpv. 2 del regolamento (CE) n. 987/2009).

7.3 In concreto dagli atti dell'incarto non emerge se la ricorrente, residente in Italia da parecchi anni sia cittadina svizzera o italiana. La questione è tuttavia irrilevante ritenuto che in ogni caso si applica il diritto svizzero.

8.

8.1 In base all'art. 8 LPGGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 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.

8.2 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 svizzero o dell'UE. 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 a 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).

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

8.4 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 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.

9.

9.1 Giusta l'art. 17 cpv. 1 LPGGA, se il grado d'invalidità del beneficiario di una rendita d'invalidità subisce una modifica, che incide in modo rilevante sul diritto alla rendita, questa sarà, per il futuro, aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modificazione importante del grado d'invalidità o di grande invalidità, è stato stabilito un termine nel momento dell'erogazione della rendita o dell'assegno per grandi invalidi, o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modificazione del grado d'invalidità o della grande invalidità (art. 87 cpv. 2 dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 [OAI, RS 831.201]). Se, di contro, è stata fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità è modificato in misura rilevante per il diritto a prestazioni (art. 87 cpv. 3 OAI).

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

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

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

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

9.4 Va ancora rilevato che nel diritto delle assicurazioni sociali, fatte salve le disposizioni transitorie e, se del caso, la presenza di diritti acquisiti, le decisioni inizialmente non erranee riguardanti prestazioni durevoli vanno di regola adattate alle modifiche di legge risultanti dall'intervento del legislatore (DTF 121 V 157 consid. 4a pag. 161 seg.). Per contro, una nuova prassi amministrativa o giudiziaria non giustifica, di principio, la modifica di prestazioni durevoli fondate su una decisione cresciuta in giudicato (DTF 129 V 200 consid. 1.2 pag. 202; 121 V 157 consid. 4a pag. 162; 120 V 128 consid. 3b pag. 132 con riferimenti).

Anche una modifica giurisprudenziale può comportare eccezionalmente la modifica (pro futuro) di una decisione cresciuta in giudicato se la nuova prassi riveste una portata tale che la sua inosservanza darebbe luogo a una violazione del principio dell'uguaglianza di trattamento, in particolare se la precedente prassi rimanesse valida solo per pochi assicurati (DTF 135 V 201 consid. 7.2.2 pag. 214, 227 consid. 6.2.2, 129 V 200 consid. 1.2 pag. 202; 121 V 157 consid. 4 pag. 162; 120 V 128 consid. 3c pag. 132, 115 V 308 consid. 4a/dd pag. 314). Ciò si impone segnatamente se il mantenimento della decisione iniziale non è assolutamente più sostenibile alla

luce della nuova giurisprudenza e se quest'ultima ha una tale portata generale che la sua mancata applicazione in un singolo caso equivarrebbe a privilegiare (o discriminare) l'interessato in maniera scioccante, violando il principio della parità di trattamento (SVR 1995 IV n. 60 pag. 171 consid. 4a pag. 173, I 382/04; RTiD 2010 II p. 197 consid. 6).

10.

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

10.2 La riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto al più presto il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (art. 88^{bis} cpv. 2 lett. a OAI).

11.

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

11.2 In concreto il periodo di riferimento è quello intercorrente fra la decisione 7 luglio 2010, tramite la quale è stata confermata l'erogazione di una mezza rendita AI (erogata per la prima volta con effetto dal 1° ottobre 2002) e il 9 ottobre 2013, data della decisione impugnata. In effetti nel corso della revisione avviata nel 2009 (consid. D) la situazione di salute dell'assicurata è stata esaminata in modo piuttosto approfondito, tramite l'assunzione di diversa documentazione medica redatta da psichiatri e reumatologi e la presa di posizione dello psichiatra dello SMR.

12.

12.1 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. art. 28a cpv. 1, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi).

12.2 In assenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il grado d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c).

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

delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie.

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

13.

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

Secondo detta disposizione le rendite possono essere ridotte o soppresse senza che debba essersi realizzata una modifica rilevante dello stato di salute ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 139 V 547 consid.10.1.1).

Per il capoverso 2 l'assicurato la cui rendita è ridotta o soppressa ha diritto ai provvedimenti di integrazione di cui all'art. 8a. Questo diritto non comporta il diritto alla prestazione transitoria di cui all'art. 32 cpv. 1 lett. c.

Secondo il capoverso 3 l'assicurato continua a percepire la rendita durante l'esecuzione dei provvedimenti di integrazione di cui all'art. 8a e fino alla conclusione degli stessi, ma al massimo per due anni dal momento della riduzione o soppressione della rendita.

Per il capoverso 4, infine, il capoverso 1 non si applica a coloro che al momento dell'entrata in vigore della presente modifica hanno compiuto i 55 anni o che, al momento in cui è avviata la procedura di riesame percepiscono una rendita dell'assicurazione per l'invalidità da oltre 15 anni.

Il capoverso 5 infine prevede che le modifiche di diritti alla rendita Al secondo i cpv. 1-4 non comportano un adeguamento del diritto alla rendita secondo la LAINF (rendita complementare) né conferiscono altri diritti di compensazione agli assicurati.

13.2

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

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

13.2.3 Qualora una rendita d'invalidità sia stata assegnata non solo per disturbi senza patogenesi chiara, ma anche per disturbi spiegabili, alla valutazione delle sindromi non chiare è applicabile l'indicata lett. a cpv. 1 delle disposizioni finali (DTF 140 V 197 consid. 6.2.3).

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

13.2.4 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).

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

13.3 Con 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 si poteva concludere unicamente per una capacità lavorativa completa rispettivamente per un'incapacità lavorativa totale, consid. 3.4.2.2) e stabilendo che la capacità lavorativa esigibile di una persona che soffre di disturbi da dolore somatoforme oppure di un'affezione psicosomatica assimilata a questi ultimi (consid. 4.2) deve essere valutata sulla base di una visione d'insieme, nell'ambito di una procedura d'accertamento dei fatti normativa strutturata atta a stabilire, da un lato, i fattori invalidanti e, dall'altro, le risorse della persona (consid. 3.4, 3.5 e 3.6).

14.

14.1 Nel caso in esame oggetto del contendere è la soppressione, con effetto dal 1° dicembre 2013, della mezza rendita di invalidità erogata a Heidi Nessi dal 1° ottobre 2002. L'UAI, che ha avviato la procedura di revisione alla luce di quanto previsto dalla disposizione finale 6a della modifica del 18 marzo 2011 della LAI, in vigore dal 1° gennaio 2012, ha addotto nella propria decisione, che lo stato di salute da un punto di vista psichiatrico era migliorato, così come anche la capacità lavorativa, procedendo alla revisione della rendita in applicazione dell'art. 17 LPGA.

14.2 L'assicurata da parte sua ritiene che il suo stato di salute è eventualmente peggiorato, non certo migliorato, facendo riferimento al nuovo rapporto della dott.ssa N. _____, secondo cui è sopravvenuta una cronicizzazione della patologia psichiatrica, mentre i disturbi non sono lievi, in quanto incidono notevolmente sulla capacità di lavoro.

15.

In primo luogo va esaminato se i presupposti per procedere ad una revisione della rendita secondo l'art. 17 LPGA sono adempiuti in concreto (DTF 141 V 385 consid. 4). In caso di risposta negativa andranno accertati i presupposti per un riesame ai sensi delle disposizioni finali della modifica del 18 marzo 2011.

15.1 Nel caso in esame dagli atti emerge che l'assicurata ha percepito una mezza rendita di invalidità nel giugno 2003, in quanto affetta da fibromialgia, da problemi ortopedici statici e degenerativi della colonna cervicale e lombare, così come da sindrome depressiva ricorrente. L'incapacità lavorativa del 50% era riconducibile, secondo i medici curanti interpellati, alle affezioni reumatologiche, fibromialgia compresa, non alla patologia psichiatrica (consid. Ab. per la diagnosi in dettaglio, doc. 26, 27, 47, 57).

15.2 Nel 2009 è stato confermato il diritto alla mezza rendita. L'amministrazione si è fondata in particolare sul rapporto finale del dottor E._____, specialista in psichiatria, del servizio medico regionale (SMR) del 28 aprile 2010, il quale ha posto la diagnosi di fibromialgia (M 79.0), così come di ansia e disturbo depressivo misti (F41.2), fondandosi a sua volta sulla visita psichiatrica eseguita dall'INPS il 18 gennaio 2010 da parte del dottor F._____, sulla perizia particolareggiata E 213 della dottoressa S._____, la cui specializzazione non è nota, del 13 gennaio 2010 e sul referto della reumatologa Q._____ del 19 gennaio 2010 (consid. D).

Lo psichiatra, dottor F._____, aveva in particolare posto la diagnosi di "disturbo d'ansia e del tono dell'umore che si accompagna a malattia internistica reumatologica (fibromialgia) di grado medio, in modica compliance" (doc. 20 pag. 2). Da un punto di vista reumatologico/ortopedico (doc. 21) la dottoressa Q._____ aveva diagnosticato cervicobrachialgia destra, sindrome del Tunnel carpale destro, lombalgia cronica e fibromialgia.

Il medico del SMR aveva dal canto dichiarato che "Die Unterlagen von 2009/2010, isoliert betrachtet, sprechen im Lichte der heutigen versicherungsmedizinischen Praxis nicht für das Vorhandensein einer im Sinne der IV AUF verursachenden psychischen Beeinträchtigung der Gesundheit". Egli ha tuttavia concluso che il raffronto dei documenti del 2005/2006 con quelli attuali non indicava un cambiamento rilevante dello stato di salute, precisando che anche allora la depressione non era stata citata quale malattia indipendente (doc. 28 pag. 2).

16.

16.1

In occasione della revisione avviata nel 2012 l'UAIE ha sottoposto il caso a due periti, segnatamente al dottor H._____, psichiatra e al dottor I._____, reumatologo (doc. 37, 38).

Dal punto di vista psichiatrico il dottor H._____ ha diagnosticato, con ripercussioni sulla capacità lavorativa, una sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale lieve con sindrome biologica (ICD-10 F33.0). Il perito ha inoltre aggiunto che (doc. 42 pag. 6): "In passato è stata diagnosticata una fibromialgia, ma la peritanda attualmente non presenta una sintomatologia compatibile con una fibromialgia, salvo qualche somatizzazione, ma la maggior parte dei suoi dolori piuttosto quelli vertebrali sono dovuti alla sua problematica vertebrale come già stata diagnosticata ed accertata".

A proposito dell'evoluzione dello stato di salute il perito ha precisato che, grazie alla terapia antidepressiva regolare a base di Fluxetina (40 mg al giorno, come nel 2010, doc. 20), "ha avuto un miglioramento importante, tanto che non è mai stata necessaria una presa a carico di tipo specialistico. Il medico curante prescrive regolarmente la psicofarmacoterapia" (doc. 42 pag. 4, anche pag. 8). Secondo il perito la patologia psichiatrica non provoca un'inabilità lavorativa superiore al 20%. Egli ha infatti considerato la situazione psichica sotto controllo e migliorata, con prognosi favorevole a breve-medio termine, a patto di continuare ad assumere i farmaci prescritti (doc. 42 pag. 7,8).

16.2 Il dottor I. _____ dal canto suo ha diagnosticato, con ripercussione sulla capacità lavorativa (doc. 43 pag. 9):

"- sindrome cervico-vertebrale su alterazioni statiche della colonna cervicale con tendenza cifotica della parte alta e alterazioni degenerative condrotiche e osteocondrotiche a partire da C4 fino a C7 con soprattutto interessamento dei segmenti C5-C6 e C6-C7; e

- sindrome lombovertebrale su alterazioni statiche della colonna lombare con scoliosi a forma di S sinistro-convessa nella zona toracale e destro-convessa in quella lombare nonché alterazioni degenerative soprattutto osteocondrotiche al segmento L5-S1 in minor misura con condrosi L3-L4, L4-L5 e spondilosi anteriore di modesta entità".

La prognosi è stata considerata moderatamente favorevole (doc. 43 pag. 12).

Senza ripercussioni sulla capacità lavorativa il perito ha considerato le diagnosi di la fibromialgia, non soggetta a miglioramento (doc. 43 pag. 12), di periartropatia omero-scapolare tendinopatica alla spalla sinistra e di stato dopo periartropatia della spalla destra in risoluzione. Egli ha inoltre precisato che "il quadro clinico preponderante attualmente è sicuramente quello di tipo fibromialgico. Sono presenti tutti i tender points necessari per la diagnosi. Sono associati anche dei disturbi di tipo funzionale fra i quali un colon irritabile, disturbi del sonno, una stanchezza cronica ed un affaticamento rapido".

Per quanto riguarda le conseguenze del danno alla salute sulla capacità lavorativa il dottor I. _____ ha quantificato un'incapacità lavorativa del 30% (intesa come riduzione della redditività durante una giornata di 8 ore

e 30) nella precedente attività di impiegata d'ufficio. Devono essere considerate prevalentemente le problematiche di tipo degenerativo alla colonna cervicale e lombare. Soprattutto alla colonna cervicale sono state accertate delle limitazioni in particolar modo nella rotazione della colonna e nel mantenimento delle posizioni statiche (doc. 43 pag. 11).

In attività adatta, che tenga conto delle limitazioni suesposte, l'assicurata può svolgere attività lucrativa all'80% (anch'essa intesa quale riduzione della redditività, doc. 43 pag. 11).

16.3 Riassumendo i periti ritengono – singolarmente - che la capacità lavorativa è ridotta del 20% in attività adeguate sia per motivi psichiatrici che per le affezioni statiche e degenerative al rachide lombare e cervicale. Per contro se il dottor H. _____ ritiene che la fibromialgia non può più essere diagnosticata, essendo i dolori riconducibili alla problematica vertebrale, il dottor I. _____ adduce che la patologia esiste ma non provoca (più) incapacità lavorativa.

17.

Le perizie sono quindi state sottoposte ai medici SMR, rispettivamente al dottor G. _____, generalista, e alla dottoressa L. _____, psichiatra.

17.1 Il dottor E. _____ in data 22 novembre 2012 ha da un lato considerato le perizie fondate, accurate, ben motivate e concludenti, tuttavia ha precisato che la diagnosi psichiatrica non è rilevante (scostandosi implicitamente da quanto dichiarato dal perito) per il diritto alla rendita, in quanto leggera, e concluso per un'incapacità lavorativa del 20% in attività adeguate riconducibile alle affezioni degenerative della colonna vertebrale (doc. 46 pag. 2)

17.2 La dottoressa L. _____ in data 22 gennaio 2013 ha dal canto suo confermato la diagnosi di fibromialgia, senza influire sulla capacità lucrativa, e precisato che non è dato, contrariamente a quanto dichiarato dal perito, un disturbo depressivo recidivante, non essendoci alcun disturbo psichiatrico rilevante (doc. 48 pag. 2). Al riguardo ha evidenziato non essere in atto alcuna terapia psichiatrica (doc. 48 pag. 5, si confronti perizia H. _____).

17.3 Entrambi i medici SMR si sono pertanto distanziati parzialmente dalle conclusioni peritali, in particolare per quanto riguarda la problematica psichiatrica (diagnosi) e le conseguenze della stessa sulla capacità lavorativa.

18.

18.1 La ricorrente pendente causa amministrativa ha prodotto la relazione medico legale della dottoressa N. _____, psichiatra, la quale ha attestato un progressivo peggioramento dello stato di salute della ricorrente a partire dalla comparsa della fibromialgia e delle patologie organiche e diagnosticato "un disturbo dell'adattamento con ansia e umore depresso misti, conseguente allo stress causato da condizione medica generale cronica e invalidante (fibromiagia ecc) secondo il manuale diagnostico dei disturbi mentali DSM IV Tr, in fase cronica, perdurando il disturbo da più di sei mesi come la condizione medica fonte di stress" (doc. 53 pag. 3 e 4).

18.2 La dottoressa L. _____, interpellata dall'UAIE, ha precisato che la diagnosi posta dalla dottoressa N. _____ è meno grave rispetto a quella del dottor H. _____ e non adempie i criteri di un disturbo d'ansia e di un episodio depressivo (doc. 56), mentre a proposito della relazione del dottor M. _____ (doc. 52, consid. G.a) il dottor G. _____ ha dichiarato non esservi un peggioramento dello stato di salute (doc. 58).

19.

Pendente causa di ricorso l'insorgente ha trasmesso una nuova relazione della dottoressa N. _____ datata 4 novembre 2013 (doc. B allegato al doc. TAF 1), la quale, facendo riferimento al suo precedente rapporto, ha dichiarato che "i disturbi psichiatrici non sono lievi, ma preoccupanti e pregiudicanti preponderantemente la capacità lavorativa della paziente" e precisato che, in ambito psichiatrico, la gravità del quadro psicopatologico non dipende esclusivamente dalla diagnosi, ma dall'intensità dei sintomi. La psichiatra ha altresì evidenziato che "nelle condizioni di malattia dove sussistono sia sintomi psichiatrici sia sintomi fisici, la menomazione non è data dalla somma delle due patologie, ma da una condizione più grave, in quanto le due patologie si potenziano e si accrescono a vicenda, come nel caso della signora A. _____".

20.

20.1 Nel caso in esame questa Corte non può condividere le conclusioni dell'amministrazione in relazione all'intervenuto miglioramento dello stato di salute della ricorrente. Il Tribunale adito ritiene infatti che la documenta-

zione medica su cui si è fondato l'UAIE non può essere considerata affidabile ai sensi della giurisprudenza federale, in quanto contraddittoria e incompleta e pertanto non può essere posta alla base del presente giudizio.

20.2

20.2.1 In primo luogo va rilevato che i due periti interpellati dall'UAIE hanno stabilito individualmente le conseguenze dei danni alla salute di loro competenza sulla capacità di lavoro in attività adeguate, omettendo di effettuare una valutazione interdisciplinare (complessiva) della capacità lavorativa residua.

Al riguardo va evidenziato che, secondo il Tribunale federale, il grado di incapacità lavorativa complessivo va stabilito in base ad una valutazione globale, un semplice cumulo dei gradi essendo ad esempio inammissibile (sentenza del TF 9C_295/2013 del 20 giugno 2013 consid. 4.4). Inoltre, sempre secondo l'Alta Corte, la questione se i singoli gradi di inabilità lavorativa vadano sommati, e, se del caso, in quale misura, è una problematica squisitamente medica, che, di principio, il giudice non rimette in discussione (sentenza del TF 9C_400/2011 del 20 marzo 2012 che rinvia alla sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 338/01 del 4 settembre 2001, pubblicata in R DAT I-2002 n. 72 pag. 485 consid. 2b; anche sentenza 9C_721/2012 del 24 ottobre 2012 consid. 4.2).

Ritenuto quindi che dalle perizie emerge che vi sono conseguenze sia riconducibili a disturbi psichici (pari al 20%) che fisici (pari anch'essi al 20%) se non si giustificava una semplice somma delle inabilità lavorative, non era neppure ammissibile una valutazione isolata delle stesse (sentenza del TAF C-2302/13 del 13 novembre 2015 c. 5.3.6).

In simili condizioni non è pertanto dato di sapere - a causa di un accertamento incompleto dei fatti rilevanti - se i gradi d'inabilità lavorativa constatati dai periti (20% per le malattie degenerative alla colonna vertebrale e 20% per motivi psichiatrici) vadano sommati completamente, parzialmente o per nulla, né qual è in sostanza attualmente il grado di incapacità lavorativa complessivo in attività adeguate. Ne consegue che, in assenza di una valutazione interdisciplinare un eventuale miglioramento dello stato di salute non può essere verificato.

20.2.2 Neppure le conclusioni dei medici SMR L. _____ e G. _____ sono atti a supplire alla carenza menzionata. In effetti entrambi i medici si sono distanziati, per motivi diversi, dalle conclusioni del dottor H. _____,

considerando unicamente l'incapacità lavorativa riconducibile alle affezioni organiche di origine reumatologica. Il dottor G._____ ritiene infatti la diagnosi psichiatrica (sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale lieve con sindrome biologica) ininfluyente, mentre la dottoressa L._____ non la ritiene data. Le conclusioni tratte dei medici SMR inoltre, in relazione alla non rilevanza rispettivamente alla scorrettezza della diagnosi psichiatrica, non possono essere considerate concludenti, in quanto la dottoressa L._____ ha tratto le proprie conclusioni senza confrontarsi con il perito incaricato dallo stesso UAIE, mentre il dottor G._____, medico generalista, non dispone delle necessarie conoscenze specialistiche per pronunciarsi in merito. Infine le conclusioni sull'incapacità lavorativa della dottoressa L._____ appaiono contraddittorie, attestando in un'occasione un grado del 30% e in un'altra del 20% (consid. F e I).

20.2.3 Alla luce di quanto appena esposto la decisione impugnata poggia su un accertamento incompleto dei fatti rilevanti per quanto riguarda la misura complessiva della capacità lavorativa residua in attività adeguate e già solo per questi motivi il ricorso va accolto.

20.3 Gli atti medici su cui si è fondato l'UAIE risultano non solo incompleti, bensì ripetutamente in contraddizione tra loro.

Da un lato il dottor H._____ ha affermato ripetutamente che, al momento della perizia, la diagnosi di fibromialgia non poteva più essere posta, contrariamente a quanto affermato dal dottor I._____ e dai medici SMR, secondo cui tuttavia la diagnosi non provoca più alcuna capacità lavorativa, così come dalla dottoressa N._____. Malgrado i pareri diametralmente opposti anche su questo punto i due periti incaricati dall'amministrazione non hanno effettuato alcuna discussione interdisciplinare, al fine di verificare la divergenza di opinioni e giungere ad una conclusione motivata e convincente.

Al riguardo va rilevato che, secondo il Tribunale federale, anche se la diagnosi di fibromialgia è posta da un reumatologo, è necessaria la partecipazione di uno psichiatra, in quanto i fattori psicosomatici hanno un'influsso decisivo sullo sviluppo di questa malattia. Una perizia interdisciplinare che tenga conto di entrambi gli aspetti è pertanto un provvedimento istruttorio adeguato (DTF 132 V 65 consid. 4.3).

Inoltre, secondo la recente giurisprudenza pubblicata in DTF 141 V 281 consid. 2.1., il danno alla salute va diagnosticato in maniera ineccepibile,

in particolare gli esperti devono porre la diagnosi in modo tale che l'amministrazione e i giudici siano in grado di capire se i presupposti di cui alla relativa classificazione sono dati.

Alla luce di quanto sopra esposto non si può pertanto concludere che ci si trovi di fronte con una diagnosi di fibromialgia convincente, essendo carente una perizia interdisciplinare, una diagnosi univoca e altresì sufficientemente motivata.

20.4 Gli specialisti in psichiatria intervenuti non concordano né sulla diagnosi psichiatrica, né sulle conseguenze della stessa sulla capacità lavorativa. Secondo il perito le conseguenze sono pari al 20%, secondo la dottoressa N._____ al 50% e secondo la dottoressa L._____, nulle. Anche su questo punto gli atti non sono convincenti.

20.5 A proposito dell'evoluzione dello stato di salute, infine, il dottor H._____ ha preso posizione, affermando che a livello psichiatrico era subentrato un miglioramento (malgrado la diagnosi psichiatrica in precedenza non causava incapacità lavorativa).

Il dottor I._____, dal canto suo ha preso posizione sullo stato di salute esistente al momento della perizia, precisando che la fibromialgia non è passibile di miglioramento, ha tuttavia ommesso di indicarne l'evoluzione, segnatamente di addurre i motivi per cui non causerebbe più alcuna incapacità lavorativa. Egli non si è neppure espresso sull'evoluzione complessiva dello stato di salute da un punto di vista reumatologico, malgrado si sono manifestate nuove malattie (ad esempio alle spalle), mentre quelle già esistenti sono di natura degenerativa. Anche da questo punto di vista la perizia non è pertanto completa, non rispettando la giurisprudenza sul contenuto delle perizie in caso di revisione (consid. 12.4).

21.

Ne consegue che alla luce degli atti medici dell'incarto – contraddittori, incompleti e pertanto inconcludenti - non può essere considerato provato, con il grado della verosimiglianza preponderante, valido nelle assicurazioni sociali, contrariamente a quanto concluso dall'amministrazione, che lo stato di salute della ricorrente è migliorato dall'ultima revisione della rendita, intervenuta nel 2009.

Riassumendo non è dato di sapere se la fibromialgia è ancora data e in caso di risposta affermativa come sia evoluta - dagli atti può al massimo essere dedotto che è stazionaria (si confronti in proposito le allegazioni

della dottoressa L. _____, consid. I) - né se le malattie degenerative al rachide cervicale e lombare (che in precedenza con la fibromialgia erano le sole responsabili della limitazione della capacità lavorativa), che per loro stessa natura non possono migliorare, sono stazionarie o peggiorate.

Migliorata appare di primo acchito la situazione da un punto di vista psichiatrico. Tuttavia essa provoca attualmente un'inabilità lavorativa del 20%, mentre in precedenza era ininfluente, in quanto l'incapacità lavorativa era riconducibile alle altre due diagnosi (fibromialgia e danni alla colonna vertebrale, consid. A.b). Anche su questo punto quindi gli atti non sono chiari, apparendo in realtà le conseguenze da un punto di vista psichiatrico peggiorate.

In simili circostanze non può essere ammesso né un miglioramento dello stato di salute e tantomeno delle conseguenze dello stesso sulla capacità lavorativa della ricorrente. Ne consegue che non è possibile, allo stato attuale dell'incarto, procedere ad una revisione della rendita ai sensi dell'art. 17 LPGGA. Il ricorso va pertanto accolto e la decisione impugnata annullata.

22.

22.1 Va ancora rilevato che prima di ridurre o sopprimere la rendita di invalidità l'amministrazione deve esaminare se la capacità lavorativa, di cui l'assicurato dispone da un punto di vista medico teorico corrisponde, in pratica, ad un miglioramento della capacità di guadagno e quindi si traduce in una riduzione del grado di invalidità o se invece è necessario porre in atto preventivamente delle misure d'osservazione professionale (alfine di stabilire l'attitudine al lavoro, la resistenza allo sforzo, ecc.) rispettivamente di reintegrazione professionale ai sensi di legge. Secondo la giurisprudenza infatti in determinate situazioni si deve ammettere la necessità di porre in atto provvedimenti professionali, malgrado l'esistenza di una capacità lavorativa medico teorica. Si tratta in particolare dei casi in cui la riduzione o la soppressione del diritto alla rendita tramite revisione (art. 17 LPGGA) o riesame (art. 53 cpv. 2 LPGGA) riguarda assicurati che hanno compiuto 55 anni o hanno beneficiato di una rendita per almeno quindici anni. Ciò non significa che, nell'ambito di una procedura di revisione o di riesame, questa categoria di assicurati possa prevalersi di un diritto acquisito. Si ammette soltanto che un reinserimento professionale, senza sostegno, non può, salvo eccezioni, essere preteso a causa dell'età o della durata del versamento della rendita (sentenze del TF 9C_920/2013 consid. 4.4 del 20 maggio 2014, SVR 2011 IV no 73 pag. 220 consid. 3.3 e 3.5, sentenze del TF 9C_367/2011 consid. 3.2 e 3.3 del 10 agosto 2011).

22.2 In concreto la ricorrente ha compiuto 55 anni nel dicembre 2013, mese in cui la soppressione della rendita è entrata in vigore (si confronti sentenza del TF 9C_614/2012 dell'8 novembre 2012). Per questi motivi, anche nella misura in cui lo stato di salute dell'assicurata fosse effettivamente migliorato, l'UAIE non avrebbe potuto sopprimere la rendita senza prima verificare in concreto se un reinserimento professionale era possibile. Anche da questo punto di vista pertanto la decisione impugnata viola il diritto federale e va annullata.

23.

Alla luce di quanto esposto ai considerandi precedenti, infine, non è neppure possibile statuire in questa sede su un'eventuale riesame della rendita ai sensi della disposizione finale della revisione 6a summenzionata.

In effetti se è vero che il riesame in virtù della citata disposizione è ammissibile anche se la rendita è stata assegnata solo parzialmente in seguito alla diagnosi di sindrome senza patogenesi chiara (DTF 140 V 197 consid. 6.2.3), il medesimo quadro clinico deve sussistere anche al momento della revisione (DTF 139 V 547, 569 consid. 10.1.2). Quest'ultima circostanza nel caso concreto, vista, come detto, l'incongruenza degli atti, non è provata con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali (si confronti in proposito anche sentenza del TAF C-3716/2013 del consid. 9.4), ritenute le conclusioni contraddittorie dei periti interpellati, che non si sono in alcun modo confrontati, da un punto di vista interdisciplinare, sull'effettiva esistenza di una fibromialgia al momento della revisione.

Inoltre, come già accennato, l'evoluzione delle patologie organiche va esaminato secondo l'art. 17 LPGA anche nell'ambito del riesame in base alle disposizioni finali della revisione 6a.

In simili condizioni essendo le perizie inadeguate ai fini di giudicare i temi del contendere menzionati, non è evidentemente necessario esaminare se rispettano i nuovi canoni previsti dalla recente giurisprudenza del Tribunale federale in materia di sindrome senza patogenesi chiara (DTF 141 V 281).

24.

In conclusione il ricorso di diritto amministrativo è accolto e la decisione impugnata è annullata.

24.1 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. 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).

24.2 In concreto l'incarto va rinviato all'istanza precedente essendo l'accertamento dei fatti da un punto di vista medico lacunoso in più punti, in particolare è completamente carente una perizia interdisciplinare, da cui emerge un esame reumatologico e psichiatrico concordato. Dal referto si deve in particolare dedurre l'eventuale diagnosi di fibromialgia così come la sua evoluzione, i limiti funzionali della stessa, in particolare con riferimento ai nuovi indicatori standard introdotti dalla nuova giurisprudenza del Tribunale federale, l'evoluzione delle patologie statiche e degenerative della colonna cervicale e le conseguenze sulla capacità lavorativa, l'eventuale influenza delle nuove patologie ortopedico/reumatologiche accertate dal dottor I. _____, la diagnosi psichiatrica e le conseguenze del danno alla salute sulla capacità lavorativa e infine una valutazione interdisciplinare della capacità lavorativa residua.

Nella misura in cui, alla luce dei nuovi accertamenti, non verrà accertato alcun miglioramento dello stato di salute e delle conseguenze sulla capacità lavorativa, andrà esaminato se sono dati i presupposti per un riesame della rendita in base alle disposizioni finali succitate. L'amministrazione statuirà quindi nuovamente sul grado di invalidità dell'assicurata.

24.3

24.3.1 In siffatte circostanze, neppure la giurisprudenza del Tribunale federale pubblicata in DTF 137 V 210 (segnatamente consid. 4.4.1.4; DTF 139 V 99 consid. 1) si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria nel senso indicato, essendo in concreto stato completamente omesso l'aspetto interdisciplinare. In assenza di tale istruttoria complementare, non risulta in effetti possibile determinarsi con il necessario grado della verosimiglianza preponderante sull'evoluzione dello stato di salute e della capacità lavorativa e quindi sul grado di invalidità dell'assicurata. Impossibile è pure, senza tale accertamento stabilire, nel caso in cui la situazione non sia evoluta, ai sensi dell'art. 17 LPGA, se sono dati i presupposti del riesame ai sensi delle disposizioni finali della revisione 6a (anche sentenza del TAF C-3716/13 del 24 marzo 2015 consid. 10).

24.3.2 Un rinvio è del resto giustificato anche perché l'amministrazione non ha accertato se, in caso di revisione della rendita secondo l'art. 17 LPGA, l'assicurata è reintegrabile, malgrado l'età, nel mondo del lavoro ai sensi di quanto indicato al considerando 22.1 (anche sentenza del TAF C-3716/13 del 24 marzo 2015 consid. 10).

25.

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

25.2 Essendo la ricorrente vincente e patrocinata in causa si giustifica assegnare all'insorgente, patrocinata da un legale, un'indennità a titolo di spese ripetibili di fr. 2'800 (spese incluse, IVA esclusa, in assenza di una nota dettagliata, art. 14 del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]), che vanno poste a carico dell'UAIE (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 cpv. 1 a 3 del citato regolamento).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

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

2.

Non si prelevano spese processuali.

3.

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

4.

Comunicazione a:

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

I rimedi giuridici sono indicati alla pagina seguente

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Dario Croci Torti

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 adempite le condizioni degli art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 LTF. Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: