



Corte III
C-5089/2017

Sentenza dell'8 gennaio 2019

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Caroline Bissegger,
cancelliere Luca Rossi.

Parti

A. _____,
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 28 luglio 2017).

Fatti:**A.**

A._____, cittadina italiana, nata il (...) 1966, coniugata e madre di tre figli, ha lavorato in svizzera dal 1984 presso differenti datori di lavoro, da ultimo, a partire da maggio 1995, come operaia presso la B._____, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (doc. 2 e 62 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero [in seguito: UAIE] ed estratto conto individuale AVS allegato al doc. TAF 13).

B.

B.a Il 29 maggio 2001 l'assicurata ha presentato all'Ufficio AI del Canton C._____ (in seguito: UAI-C._____) una domanda volta al conseguimento di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 2), persistendo inalterata dal 3 luglio 2000 l'inabilità lavorativa totale subentrata a seguito della scoperta di un carcinoma al seno destro (doc. 26, 28, 31),

B.b Esperiti gli accertamenti di cui si dirà più avanti (cfr. consid. 10.1), con decisione del 24 luglio 2003 l'UAI-C._____ ha quindi riconosciuto ad A._____ una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a decorrere dal 1° luglio 2001 (doc. 5).

C.

In occasione della revisione avviata d'ufficio nel mese di gennaio 2004 l'amministrazione ha confermato, il diritto alla rendita intera d'invalidità con decisione del 14 gennaio 2005 (doc. 15).

D.

A seguito della definitiva partenza all'estero dell'interessata (doc. 13), l'incarto è stato trasmesso il 21 settembre 2009 all'UAIE (doc. 4 e 70).

E.

E.a Il 13 ottobre 2009 l'UAIE ha avviato un'ulteriore procedura di revisione (doc. 73). In tale contesto è stato trasmesso il questionario per la revisione della rendita AI del 2 novembre 2009 (doc. 76) e sono stati assunti agli atti la perizia medica particolareggiata E213 del 28 maggio 2010 (doc. 83) e la valutazione psichiatrica del 20 maggio 2010 (doc. 84), dai quali è emerso uno stato di salute stazionario, con un "grado d'invalidità" del 100% nell'ultima attività svolta, ma con una residua capacità lavorativa, non meglio specificata, nello svolgere regolarmente lavori leggeri (doc. 83, pp. 8-12).

E.b Su suggerimento del dr. D._____, specialista in medicina interna del servizio medico dell'UAIE (cfr. rapporto del 22 giugno 2010 – doc. 86), il Servizio accertamento medico (SAM) è stato incaricato di allestire una valutazione specialistica in ambito reumatologico, psichiatrico, oncologico e internistico. Nella perizia pluridisciplinare del 17 dicembre 2010, di cui si dirà nel dettaglio più avanti (cfr. consid. 10.2), sono state esposte le diagnosi con e senza influsso sulla capacità lavorativa e, alla luce dell'evoluzione favorevole delle prime, i periti hanno ritenuto l'interessata in grado di riprendere a lavorare nella misura del 60% (riduzione del rendimento sull'arco di un'intera giornata lavorativa per motivi psichici) sia nella precedente attività di operaia sia in un'attività sostitutiva adeguata (doc. 95).

E.c Le conclusioni peritali sono state riprese dal dr. D._____ e dal dr. E._____, specialista in psichiatria del servizio medico dell'UAIE (cfr. doc. 100 e 102), e confermate (doc. 122 e 124) anche a seguito delle osservazioni del 30 giugno 2011 (doc. 112), con cui l'assicurata ha contestato il progetto di decisione del 5 aprile 2011 (doc. 105), non ritenendo emergere dalla documentazione ulteriormente prodotta dall'assicurata elementi nuovi non precedentemente considerati (doc. 122 e 124).

E.d In virtù del miglioramento dello stato di salute riscontrato a partire dal 17 dicembre 2010 – data dell'emanazione della perizia pluridisciplinare – e della conseguente riduzione del grado di invalidità, attestatosi, tramite un calcolo percentuale ("Prozentvergleich") al 40%, l'autorità inferiore, con decisione dell'11 gennaio 2012, ha confermato il progetto di decisione e disposto, a partire dal 1° marzo 2012, la sostituzione della rendita intera di invalidità fino ad allora percepita dall'assicurata, con un quarto di rendita. L'interessata è stata inoltre invitata a sottoporsi ad una terapia psichiatrica, con comminatoria delle conseguenze in caso di mancato adempimento a tale ingiunzione con particolare riferimento all'art. 21 cpv. 4 LPGa (doc. 127).

E.e Avverso tale decisione, il 31 gennaio 2012 l'interessata è insorta dinanzi al Tribunale amministrativo federale (in seguito: TAF), che con sentenza del 19 marzo 2014, in parziale accoglimento del gravame, ha rinviato l'incanto all'UAIE per completare l'istruttoria, non essendo stato sufficientemente accertato il persistere o meno, e se del caso con che incidenza sulla capacità lavorativa, del grave disturbo della personalità di cui l'assicurata già soffriva nel 2003 (doc. 149, inc. C-668/2012).

F.

F.a Dando seguito all'ingiunzione del Tribunale, l'autorità inferiore ha assunto agli atti la nuova documentazione medica prodotta dall'assicurata (doc. 163-172 e 185), fra cui la perizia E213 del 6 febbraio 2015 (doc. 174), di cui si dirà, se del caso, più avanti e, su indicazione del proprio servizio medico (doc. 187 e 189), ha predisposto l'esecuzione di una perizia psichiatrica (doc. 191-192).

F.b Nel rapporto peritale del 26 ottobre 2015, di cui si dirà nel dettaglio nei considerandi in diritto, il dr. F._____, specialista in psichiatria e psicoterapia, dopo aver esaminato ed escluso la presenza di un disturbo della personalità, ha segnalato una situazione sostanzialmente invariata rispetto a quella riscontrata nel 2010 dal SAM (doc. 201 p. 1-16).

Facendo proprie le conclusioni del perito, il dr. G._____, specialista in psichiatria e psicoterapia del servizio medico dell'UAIE, ha pertanto attestato un'inabilità lavorativa del 40% dal 17 dicembre 2010 e del 50% a partire dal 26 ottobre 2015 in qualsiasi professione e al 30% nello svolgimento delle attività domestiche (doc. 203).

F.c L'autorità inferiore ha quindi emanato il progetto di decisione del 13 gennaio 2016 stabilendo, come nella precedente decisione (doc. 127), la sostituzione a partire dal 1° marzo 2012 della rendita intera con un quarto di rendita e riconoscendo, a far tempo dal 1° dicembre 2015, il diritto a una mezza rendita AI (doc. 206).

F.d Le osservazioni dell'assicurata del 18 marzo 2016 (doc. 214), unitamente alle documentazioni mediche ivi annesse (doc. 215-217), sono state esaminate dal dr. G._____ che nell'annotazione del 3 giugno 2016 ha confermato la precedente presa di posizione del 7 dicembre 2015 (doc. 222). Dal canto suo la dr.ssa H._____, specialista in medicina fisica e medicina generale del servizio medico dell'UAIE, nell'annotazione del 5 ottobre 2016 (doc. 226) ha proposto di eseguire una perizia reumatologica e chiesto un aggiornamento della perizia psichiatrica (essendo ormai trascorso un anno dalla sua erezione).

F.e Nel rapporto peritale del 30 gennaio 2017, sul quale si tornerà nei considerandi in diritto, il dr. I._____, specialista in reumatologia e riabilitazione, in ragione del peggioramento dello stato di salute dovuto alla fibromialgia di tipo primario di recente comparsa, ha riconosciuto un'incapacità lavorativa del 20% nell'attività abituale di operaia e di casalinga, pur considerando l'assicurata ancora in grado di riprendere a svolgere un'attività lavorativa adeguata nella misura del 100% (doc. 238).

Dal canto suo il dr. F._____, nel complemento del 2 marzo 2017 (doc. 239), si è interamente riconfermato nelle valutazioni espresse nel rapporto del 26 ottobre 2015.

F.f I referti peritali e l'ulteriore documentazione nel frattempo trasmessa dall'assicurata (in parte inedita, in parte già agli atti, cfr. doc. 234-238, 240-246) sono stati trasmessi al servizio medico dell'UAIE che, per il tramite della dr.ssa H._____ il 1° maggio 2017 (doc. 248) e della dr.ssa J._____, specialista in psichiatria e psicoterapia del servizio medico dell'UAIE, il 7 giugno 2017 (doc. 250) e il 2 luglio 2017 (doc. 252), ha ritenuto non sussistere elementi oggettivi nuovi, suscettibili di rimettere in discussione le conclusioni a cui sono giunti il dr. I._____ e il dr. F._____, alle quali ha interamente aderito.

F.g Preso atto delle considerazioni mediche che precedono, l'autorità inferiore ha quindi ritenuto accertato che dal 17 dicembre 2010 esisteva un danno alla salute cagionante un'incapacità di lavoro e di guadagno del 40%, poi peggiorato dal 25 settembre 2015 incrementando tale tasso al 50%. Con decisione del 28 luglio 2017 ha quindi confermato il progetto del 13 gennaio 2016 e riconosciuto a partire dal 1° marzo 2012 un quarto di rendita e dal 1° dicembre 2015 mezza rendita AI (doc. 253).

G.

Contro la suddetta decisione A._____ è insorta il 5 settembre 2017, chiedendone l'annullamento e, per i motivi di cui si dirà in seguito, il riconoscimento di una rendita più elevata di quella concessa (doc. TAF 1).

H.

Con decisione incidentale del 13 settembre 2017 (doc. TAF 2), la ricorrente è stata invitata a versare un anticipo di fr. 800.-, corrispondente alle presunte spese processuali, regolarmente saldato in data 2 ottobre 2017 (doc. TAF 4-5).

I.

Con osservazioni del 29 ottobre 2017 la ricorrente ha prodotto tre ulteriori referti medici, di cui si dirà se del caso più avanti (doc. TAF 7).

J.

Nella risposta di causa del 29 gennaio 2018 – giunta dopo la concessione di due proroghe (doc. TAF 10, 12) – l'UAIE ha proposto la reiezione del ricorso, facendo riferimento ai pareri del 29 novembre 2017 e del 9 gennaio

2018 con cui il proprio servizio medico aveva ritenuto che la nuova documentazione prodotta, sia sul piano psichiatrico che su quello reumatologico, non aveva apportato nuovi elementi e non era pertanto suscettibile di modificare le conclusioni peritali alle quali era quindi possibile attenersi (doc. TAF 13).

K.

La ricorrente ha rinunciato a replicare.

Diritto:

1.

1.1 In virtù dell'art. 31 LTAF, questo Tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 PA, emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere impugnate davanti al Tribunale amministrativo federale (TAF) conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20).

1.2 Secondo l'art. 3 lett. d^{bis} PA, a cui rinvia l'art. 37 LTAF, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la LPGGA (RS 830.1). In conformità con l'art. 2 LPGGA, le disposizioni della presente legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Giusta l'art. 1 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGGA.

1.3 In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA) e l'acconto spese è stato regolarmente saldato (doc. TAF 4-5).

2.

2.1

2.1.1 La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681), entrato in vigore il 1° giugno 2002.

2.1.2 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).

2.1.3 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.

2.1.4 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).

2.1.5 Il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato inoltre 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).

2.2

2.2.1 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).

2.2.2 Nell'evenienza concreta, la decisione impugnata, con cui è stato modificato il diritto alla rendita a partire dal 1° marzo 2012 (doc. 255), è stata emanata il 28 luglio 2017. 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), pur non comportanti cambiamenti rispetto al diritto precedente in merito alla valutazione dell'invalidità, così come eventuali modifiche entrate in vigore successivamente (art. 29 cpv. 1 e 3 LAI).

3.

Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in concreto il 28 luglio 2017. 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 (DTF 136 V 24 consid. 4.3). Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi posteriormente quando essi possono 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. sentenze 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).

4.

Oggetto del contendere, in concreto, è la questione se a ragione l'amministrazione ha ritenuto essere subentrato a partire dal 17 dicembre 2010 un miglioramento dello stato di salute tale da giustificare una ripresa dell'attività lavorativa e la conseguente riduzione della rendita intera a un quarto di rendita d'invalidità con effetto dal 1° marzo 2012 e se il successivo incremento a mezza rendita decorrente dal 1° dicembre 2015, in ragione del

leggero peggioramento della situazione riscontrato dal 25 settembre 2015, sia fondato o meno.

5.

Il TAF applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato in nessun caso dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA). 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).

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: a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; b. ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; 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 LPGA), 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 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA).

6.5 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b e 110 V 273; v. pure 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 LPGA, 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 Giusta l'art. 17 cpv. 1 LPGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta.

7.2 Giusta l'art. 87 cpv. 1 OAI (RS 831.201) la revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità o della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è stato stabilito un termine al momento della fissazione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza (lett. a) o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità, della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità (lett. b).

7.3 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 quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 113 V 275 consid. 1a). La semplice valutazione diversa di circostanze di fatto rimaste sostanzialmente invariate non giustifica una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b, RCC 1987 p. 36, SVR 2004 IV n. 5 consid. 3.3.3). L'istituto della revisione non può infatti giustificare un riesame incondizionato del diritto alla rendita (cfr. anche: RUDOLF RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in: SCHAFFAUSER/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).

7.4 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.

7.5 Giusta l'art. 88bis cpv. 2 OAI, 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 (let. a), retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante se l'erogazione indebita è dovuta all'ottenimento illecito di una prestazione da parte dell'assicurato o se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'art. 77 OAI (let. b).

8.

8.1 Al fine di accertare se il grado di invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni, si deve confrontare, da un lato, la situazione di fatto relativa all'ultima decisione cresciuta in giudicato che è stata sottoposta ad esame materiale tramite contestuale accertamento pertinente dei fatti, apprezzamento delle prove e confronto dei redditi, e, dall'altro lato, la situazione di fatto vigente all'epoca del provvedimento litigioso (DTF 133 V 108; sentenza del TF I 759/06 del 5 settembre 2007).

8.2 Alla luce della sentenza del 19 marzo 2014 (inc. C-668/2012) con cui questo Tribunale aveva annullato la precedente decisione dell'11 gennaio 2012 e rinviato gli atti di causa all'UAIE per completare l'istruttoria (cfr. doc. 149), nell'evenienza concreta il periodo di riferimento è quello intercorrente fra il 24 luglio 2003, data della decisione con cui è stata accordata la rendita intera d'invalidità (doc. 5) e il 28 luglio 2017, data della decisione impugnata, con cui tale diritto è stato modificato (doc. 255).

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.

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 (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, 2001, pag. 266).

9.2 Per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le proprie 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 la presenza di affermazioni contraddittorie nella perizia oppure l'esistenza di altri rapporti in grado di inficiarne la conclusione. In tale evenienza, la Corte giudicante può disporre una superperizia oppure scostarsi, senza necessità di ulteriori complementi, dalle conclusioni del referto peritale giudiziario (DTF 125 V 351consid. 3b/aa pag. 353 con rinvii).

9.3 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 pag. 81 consid. 4.3).

9.4

9.4.1 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 il presupposto che l'incapacità di compiere simili sforzi comportava sempre e solo una completa incapacità al lavoro; DTF 141 V 281

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 (DTF 141 V 281 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 (DTF 141 V 281 consid. 3.4, 3.5 e 3.6).

9.4.2 Il Tribunale federale ha comunque sottolineato che la nuova giurisprudenza non implica alcuna modifica del presupposto, di cui all'art. 7 cpv. 2 LPGA, secondo cui sussiste un'incapacità al guadagno suscettibile di cagionare un'invalidità soltanto se la stessa non è obiettivamente superabile. La nuova giurisprudenza non pregiudica altresì la necessità di riscontri oggettivi. Le valutazioni e le limitazioni soggettive che non sono spiegabili dal profilo medico non potranno essere considerate quali danni alla salute invalidanti, fermo restando che in tali casi di frequente non è seguito alcun trattamento adeguato (DTF 141 V 281 consid. 3.7.1). Pertanto, il Tribunale federale ha confermato che occorre partire dal principio che la persona che soffre di un'affezione psicosomatica è da considerarsi siccome valida (DTF 141 V 281 consid. 3.7.2).

9.4.3 Nella sentenza 9C_899/2014 del 29 giugno 2015, il Tribunale federale ha poi precisato che, dal profilo medico, deve essere spiegato per quale motivo le limitazioni funzionali riscontrate giustificano una limitazione della capacità lavorativa, conto tenuto dello sforzo di volontà ragionevolmente esigibile, secondo gli indicatori stabiliti (sentenza del TF 9C_899/2014 del 29 giugno 2015 consid. 3.2). Un disturbo da dolore somatoforme od una patologia psicosomatica assimilata a quest'ultimo comportano un'invalidità, nella misura in cui le limitazioni funzionali di uno stato di salute accertato dal profilo medico sono dimostrate, secondo gli indicatori stabiliti, in modo convincente e senza contraddizioni, perlomeno nel senso della verosimiglianza preponderante. In caso contrario, la persona assicurata sopporta le conseguenze dell'assenza di prova (DTF 141 V 281 consid. 6 e sentenza del TF 9C_899/2014 del 29 giugno 2015 consid. 3.2).

9.4.4 Secondo le recenti sentenze pubblicate in DTF 143 V 409 e 418 è corretto e conforme al sistema sottoporre ad una procedura probatoria strutturata secondo la DTF 141 V 281 in linea di principio, tutte le malattie psichiche. È infatti erroneo qualificare come leggera un'affezione, per il motivo che la diagnosi non richiede un grado di gravità e già solo per questa ragione negare ogni limitazione rilevante della capacità lavorativa. Ciò vale

a maggior ragione per il fatto che distinguere tra disturbi somatoformi oppure disturbi funzionali riconducibili a depressione crea spesso problemi in ambito peritale (DTF 143 V 409 consid 4.5.).

9.4.5 Un tale procedimento è superfluo se l'incapacità lavorativa è negata sulla base di rapporti con forza probante allestiti da medici specialisti (si veda DTF 125 V 351) e se eventuali valutazioni contrarie non hanno valenza probatoria, perché i referti provengono da medici senza qualifica specialistica o perché vi sono altre ragioni (DTF 143 V 409 consid. 4.5).

9.5 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 e relativi riferimenti).

9.6 Non va infine dimenticato che se vi sono rapporti medici contraddittori il giudice non può inoltre evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 673/00 dell'8 ottobre 2002). 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 qual è l'opinione più adeguata (SVR 2000 UV no. 10 pag. 35 consid. 4b).

10.

10.1 Questo Tribunale rileva che il 24 luglio 2003, momento in cui è stata accordata una rendita intera d'invalidità a decorrere dal 1° luglio 2001, è stato riscontrato, in particolare sulla base della perizia psichiatrica del 24 gennaio 2003 del dr. K._____, specialista in psichiatria e psicoterapia (doc. 31, pp.13-16) e della perizia reumatologica del 14 marzo 2003 del dr. L._____, specialista in reumatologia (doc. 31, pp. 1-12), che la ricorrente era affetta da attacchi di panico, agorafobia, depressione maggiore cronica, disturbo somatoforme, disturbo misto di personalità a forte componente ansiosa, carcinoma del seno destro con stato dopo intervento di quadrantectomia, revisione ascellare, mastectomia e ricostruzione mammaria e stato dopo chemioterapia, dorsolombalgia meccanica su disturbo statico, ipercifosi dorsale, stato dopo distrofia epifisaria di crescita, discopatia lombare bassa iniziale L3-L4, L4-L5 e L5-S1, artrosi articolare posteriore e spondilosi iniziale e che la stessa presentava un'incapacità al lavoro del

100% per qualsiasi attività da luglio del 2000 a causa dei problemi psichiatrici.

10.2 In occasione della procedura di revisione avviata d'ufficio nel 2009 (doc. 73) e sfociata nella decisione dell'11 gennaio 2012 (doc. 127), l'amministrazione si è fondata sulla perizia pluridisciplinare del SAM del 17 dicembre 2010 (doc. 95).

10.2.1 Nel suddetto rapporto, nel quale sono confluite le valutazioni oncologica, psichiatrica, reumatologica e internistica, erano state poste le seguenti diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa (doc. 95 p. 9):

- Sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale lieve-medio (ICD-10: F 33.1);
- Sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD-10: F 45.4);
- Sindrome d'ansia generalizzata (ICD-10: F 41.1) con attacchi di panico e agorafobia.

Erano per contro state considerate senza ripercussione sulla capacità lavorativa le seguenti problematiche (doc. 95 p. 10): Carcinoma del seno destro con terapia oncologica eseguita; Cervicalgia; Sindrome lombovertebrale con scoliosi e alterazioni di tipo spondiloso L1-L2, L2-L3 e L3-L4; Dolori ascellari a destra; Gonalgia a destra; Situs inversus totale; Tabagismo cronico e obesità.

10.2.2 Nel rapporto psichiatrico del 19 ottobre 2010 il dr. M._____, specialista in psichiatria e psicoterapia, pur riscontrando che l'assicurata non si era mai sottoposta a un regolare trattamento antidepressivo, aveva constatato un miglioramento del quadro psicopatologico complessivo rispetto alla precedente valutazione del dr. K._____ (doc. 98 p. 6 e 8). Essendo dati i criteri di Forster, era stata segnalata la presenza di una sindrome somatoforme da dolore persistente, che a mente del perito metteva evidenziava l'esistenza di una morbosità psichiatrica concomitante di gravità e intensità considerevole, sicuramente influenzata dall'insufficiente cura della sindrome depressiva (doc. 98 p. 7). Il dr. M._____ aveva quindi ritenuto giustificata un'incapacità lavorativa nella misura del 100% solo fino alla fine del 2008, indicando una riduzione della stessa al 50% dal 2009 e al 40% dal 2010, sia nella precedente attività di operaia sia in un'attività sostitutiva adeguata (doc. 98 p. 5-7). Per le attività domestiche, aveva segnalato un'inabilità del 30% (doc. 98 p. 7).

Nel rapporto oncologico del 22 ottobre 2010, per contro, il dr. N._____, specialista in medicina interna e oncologia, aveva riferito che dal punto di vista strettamente oncologico non sussistevano elementi attestanti un'incapacità lavorativa della ricorrente (doc. 96 p. 4). Egli aveva infatti riscontrato un decorso post trattamento, a 10 anni di distanza, assolutamente soddisfacente, senza indicazioni di recidiva, o sequele fisiche a medio lungo termine imputabili direttamente alla malattia o alla terapia oncologica (doc. 96 p. 4).

Allo stesso modo, nel referto reumatologico del 25 ottobre 2010 il dr. I._____ aveva indicato che, dal punto di vista strettamente reumatologico, sin dal 2003 non vi era alcun impedimento alla ripresa al 100% della precedente attività di operaia, come pure allo svolgimento dell'attività di casalinga (doc. 97 p. 7).

10.2.3 Nella valutazione globale i periti avevano quindi concluso che l'interessata presentava un'incapacità lavorativa del 40% (riduzione del rendimento sull'arco di un'intera giornata lavorativa) sia nella precedente attività di operaia sia in un'attività sostitutiva adeguata (doc. 95 p. 14). Tale inabilità, a mente dei periti, si giustificava per il fatto che lo stato d'angoscia e d'ansia continua, oltre al dolore cronico, rendevano l'assicurata lenta, incoostante, con una diminuzione della resistenza e della caricabilità per ogni attività lavorativa (doc. 95 p. 14). Nell'attività di casalinga vi era, per contro, un'incapacità del 30% (doc. 95 p. 15).

10.3 Chiamato a esprimersi sulla fattispecie, questo Tribunale aveva espresso delle perplessità riguardo alla completezza degli accertamenti svolti dall'autorità inferiore. In particolare aveva rilevato che né dal rapporto psichiatrico del 19 ottobre 2010 del dr. M._____ – alla base delle valutazioni della perizia pluridisciplinare del dicembre 2010 (doc. 95) – né dalla restante documentazione medica agli atti, era possibile determinare se l'assicurata soffrisse ancora del disturbo della personalità che le era stato diagnosticato nel 2003 (cfr. perizia del 14 marzo 2003 [doc. 31 p. 8] e perizia del 24 gennaio 2003 [doc. 31 p. 14]). Ritenendo che tale circostanza potesse influire sulla valutazione complessiva dello stato di salute psichico della ricorrente e pertanto sulla portata dell'eventuale miglioramento e sul grado di incapacità lavorativa, il TAF aveva quindi rinviato l'incanto all'autorità inferiore affinché accertasse maggiormente tale aspetto giuridicamente rilevante (cfr. sentenza del TAF C-668/2012 del 19 marzo 2014 consid. 7.3; doc. 149).

11.

11.1 Nell'ambito della nuova istruttoria avviata dall'autorità inferiore a seguito del suddetta sentenza, è stata versata agli atti dall'assicurata ulteriore documentazione medica, di cui si cita qui di seguito i referti più rilevanti:

- Il rapporto psichiatrico della dr.ssa O._____ dell'8 settembre 2014 (doc. 169 [= 176, 180]) nel quale viene riferito che l'assicurata è in cura per depressione maggiore ricorrente, attacchi di panico in una cornice più ampia di un grave disturbo della personalità. La specialista riferisce di uno "status clinico nel complesso lievemente migliorato relativamente all'instabilità emotiva, mentre permane la scarsa autonomia della paziente sul versante sociale e le chiare note di dipendenza e facile frustrabilità con tendenza a vissuti di natura depressiva".
- La perizia medica particolareggiata E213 del 6 febbraio 2015 (doc. 174) nella quale non viene fatto alcun riferimento riguardo alla possibilità di esercitare attività sostitutive e alle possibili mansioni eseguibili da parte dell'interessata – alla quale è stata comunque riconosciuta la facoltà di espletare lavori leggeri – ma viene unicamente segnalata "un'invalidità" al 100% nella precedente professione. Per quanto concerne l'esposizione dell'anamnesi patologica, l'E213 rinvia al rapporto psichiatrico dell'8 settembre 2014 della dr.ssa O._____, al quale aderisce il consulente psichiatrico dell'INPS, la dr.ssa P._____, che a seguito dell'esame clinico del 30 ottobre 2014 ha posto le seguenti diagnosi: "disturbo depressivo maggiore ricorrente; disturbo da attacchi di panico con agorafobia in discreto compenso; disturbo di personalità dipendente" (cfr. doc. 179).
- Il rapporto psichiatrico dr.ssa O._____ del 13 aprile 2015 (doc. 185 [= 201 p. 23]) nel quale stato sostanzialmente ribadito quanto già indicato nel precedente referto, con la precisazione che la scarsa autonomia dell'assicurata sul versante sociale va ricondotta agli attacchi di panico e alla paura anticipatoria che questi si verifichino.

11.2

11.2.1 L'amministrazione ha dal canto suo assunto agli atti la perizia psichiatrica del 26 ottobre 2015 del dr. F._____, che ha posto le seguenti diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa (doc. 201 p. 10-11):

- Sindrome depressiva ricorrente attualmente in remissione parziale con trattamento medicamentoso;
- Personalità con tratti borderline, sottotipo di disregolazione emotiva e paranoide;
- Pregressi episodi depressivi varianti da lieve-medio a grave;
- Sindrome d'ansia generalizzata (ICD-10: F41.1) con attacchi paniformi e agorafobia;
- Disturbo da sintomo somatico con algia in remissione (DSM-5);
- Poliartralgia della sindrome fibromialgica reattiva.

Nonché le seguenti diagnosi senza influsso sull'abilità lavorativa (doc. 201 p. 11): obesità; diabete mellito di tipo II; mastectomia destra e cavo ascellare per tumore mammario e ricostruzione mammaria; vasculopatia all'arteria carotidea; situs inversus senza compromissione broncopolmonare.

Pure la diagnosi di disturbo dovuto a sintomi somatici, a mente del perito, risulta essere priva di particolare incidenza sulla capacità lavorativa (doc. 201 p. 11).

11.2.2 A seguito dei test effettuati nel corso della visita medica, il dr. F._____ ha potuto escludere la presenza di disturbi della personalità (secondo i criteri ICD-10 o DSM-5 – cfr. doc. 201 p. 10 e 12). Inoltre, citando le valutazioni della dr.ssa O._____, il perito ha affermato che “lo status clinico è, nel complesso, lievemente migliorato nel corso degli anni, ma permane problematico sul versante sociale (...)”. Pur constatando che dall'ultima osservazione del 2010, non sono subentrati cambiamenti nella patologia in sé, il dr. F._____ ha comunque riscontrato un'ulteriore regressione dell'abilità sociale correlata alle malattie psichiatriche, determinante una certa difficoltà di integrazione in un posto di lavoro. Per tale ragione, egli ha da un lato confermato il miglioramento dello stato di salute attestato dal dr. M._____ nella perizia del 19 ottobre 2010 (doc. 98; cfr. consid. 10.2.2 e 10.2.3), dall'altro, a partire dalla data della visita, ha considerato l'assicurata inabile al 50% in qualsiasi professione e al 30% nello svolgimento delle attività domestiche. (doc. 201 p. 12-13).

11.2.3 Nell'annotazione del 7 dicembre 2015, facendo proprie tanto le valutazioni del dr. F._____, quanto quelle del dr. M._____, alle quali il primo rimanda per il periodo precedente la propria osservazione, il dr. G._____ ha considerato l'assicurata inabile in qualsiasi attività nella misura del 40% dal 17 dicembre 2010 e del 50% dal 26 ottobre 2015 (doc. 203).

11.3 La ricorrente ha trasmesso ulteriori atti medici il 18 marzo 2016 (doc. 214) e il 28 gennaio 2017 (doc. 233), in particolare:

- Il rapporto del dr. Q. _____, medico chirurgo specialista in reumatologia, del 22 febbraio 2016, che riferendo di artromialgie diffuse e persistenti di cui l'assicurata soffre dall'età di 25 anni in un quadro di sindrome fibromialgica, ha descritto le terapie in atto e proposto una rivalutazione ad alcuni mesi di distanza (doc. 215 [=243]).
- Il certificato del dr. Q. _____ del 23 gennaio 2017 che sulla scorta degli esami RX alla colonna dorsale (l'ultimo eseguito il 20 gennaio 2017 [235 {= 241}]) ritiene probabile un quadro di iniziale spondilopatia iperostotante di Forestier detta anche DISH (doc. 234 [= 240]).

11.4

11.4.1 Incaricato di esaminare nuovamente il caso, con rapporto peritale del 30 gennaio 2017, il dr. I. _____ ha posto le seguenti diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa (doc. 238 p. 5):

- Fibromialgia di tipo primario con peggioramento dell'intensità dei dolori e tendenza a ulteriore generalizzazione;
- Sindrome cervico-toraco-lombovertebrale su alterazioni statiche con scoliosi a forma d S nonché presenza di alterazione degenerative osteocondrosiche e spondiliosiche plurisegmentali nella zona lombare;
- Periartrite della spalla destra in stato dopo svuotamento ascellare per carcinoma del seno destro nell'anno 2001;

Senza influsso sulla capacità lavorativa sono invece le diagnosi di: sperone calcaneare al calcagno sinistro – problematica di nuova insorgenza trattata con sedute d'onde d'urto e plantari – e la gonalgia a destra.

11.4.2 Rispetto al precedente esame del 2010, in cui era stata comunque riscontrata una certa tendenza a un reumatismo delle parti molli, il dr. I. _____ ha constatato la presenza di tutti i tender points necessari per la diagnosi di fibromialgia. Al riguardo egli ha riferito che: "Il decorso è stato tipico di questa malattia. In effetti col passare degli anni questi dolori si sono ulteriormente accentuati e generalizzati. Si assiste ora alla manifestazione completa di un quadro fibromialgico di tipo primario in relazione con le patologie psichiatriche di cui l'assicurata soffre, in particolar modo con una sindrome ansioso-depressiva" (doc. 238 p. 6).

Come il dr. Q._____ anche il dr. I._____ ha riscontrato dalle indagini radiologiche la presenza di alterazioni statiche e degenerative alla colonna vertebrale. Ha constatato una scoliosi a forma di S e una sindrome panvertebrale su alterazioni di tipo spondiloso soprattutto alla colonna toracale nella parte concava al passaggio lombare e lombo-sacrale con osteocondrosi. Pur essendovi stata una “leggera progressione dei reperti”, egli ha comunque espresso una prognosi moderatamente favorevole per quanto concerne i disturbi alla colonna vertebrale a carattere degenerativo, visto il decorso naturale e non particolarmente grave avvenuto nei sette anni dall’ultima osservazione (doc. 238 p. 7-8).

11.4.3 Il dr. I._____ ha quindi indicato che l’assicurata è limitata nello svolgimento di attività lavorative particolarmente pesanti, non ergonomiche per la colonna vertebrale, per le quali è richiesto di lavorare con le braccia prevalentemente sollevate sopra l’orizzonte o di fare sforzi con le braccia. È stata ritenuta invece in grado di svolgere delle professioni in cui possa alternare la posizione eretta a quella seduta, non sia tenuta ad utilizzare ripetutamente le scale e non debba sollevare ripetutamente pesi superiori a 7.5kg o saltuariamente superiori a 15kg. In un’attività confacente a tali limiti, l’interessata è stata considerata dal perito abile al 100% sull’arco di un’intera giornata. Per l’attività precedentemente svolta e come casalinga è stata, per contro, attestata un’inabilità del 20% a decorrere dalla data della visita peritale (doc. 238 p. 7). Il dr. I._____ ha infine precisato: “vista la presenza di una problematica di tipo psichiatrico l’incapacità lavorativa da me determinata in ambito reumatologico può essere in parte sommata con quella psichiatrica” (doc. 238 p. 8).

11.5 Nel complemento peritale del 2 marzo 2017 il dr. F._____ ha segnalato una situazione invariata rispetto all’ultimo esame confermando le precedenti valutazioni, precisando in particolare che l’incapacità lavorativa rimane invariata al 50% (doc. 239).

12.

In sede di ricorso l’assicurata ha ulteriormente prodotto (in allegato al doc. TAF 7):

- Il rapporto dell’11 settembre 2017 nel quale, oltre a descrivere la terapia in atto e a prescrivere ulteriori trattamenti, il dr. Q._____ ha ribadito che la sindrome fibromialgica è presente dall’età di 25 anni.

- Il rapporto della dr.ssa O._____ del 25 settembre 2017, con cui viene comunicato il cambio di terapia medicamentosa in ragione della patologia fibromialgica.

- La relazione medico-legale del 28 ottobre 2017 del dr. R._____, specialista in medicina legale e delle assicurazioni, con cui è stato indicato un netto peggioramento del quadro clinico nonostante il corretto approccio terapeutico in atto. Il dr. R._____ ha precisato che il quadro fibromialgico di tipo primario, confermato dall'esame clinico (presenza di tutti i tender points) e precedentemente solo sospettato alla luce dei dolori diffusi lamentati dall'assicurata sin dall'età di 25 anni, "ben si lega con le patologie psichiatriche di cui la perizianda soffre, pur assurgendo la fibromialgia ad entità a se stante e da valutarsi in aggiunta a tutte le altre sopra descritte". Alla luce del danno alla salute riscontrato, il medico ha ritenuto congruo riconoscere all'assicurata il diritto a una rendita intera AI sulla base di un grado d'invalidità del 70% almeno.

13.

13.1

13.1.1 Nella fattispecie l'autorità inferiore ha ridotto la rendita intera attribuita alla ricorrente il 24 luglio 2003 (doc. 5), avendo riscontrato un miglioramento dello stato di salute e il conseguente incremento della capacità lavorativa a partire dal 17 dicembre 2010, ossia dalla data dell'esecuzione della perizia pluridisciplinare del SAM.

13.1.2 In tale contesto occorre rammentare che dal punto di vista oncologico e reumatologico, in occasione delle visite del 2010, non era stato riscontrato alcun impedimento a una ripresa dell'attività lavorativa. Sotto il profilo psichiatrico – ossia quello che aveva condizionato l'erogazione della rendita di invalidità – era stato considerato dal dr. M._____ (doc. 98 p. 6) che lo stato depressivo e il livello elevato d'ansia fossero i sintomi che maggiormente incidevano sulla capacità lavorativa dell'assicurata, ma che il quadro clinico si presentava migliore rispetto a quello riscontrato in occasione della precedente valutazione psichiatrica (doc. 31). Giova rilevare che nella valutazione del 23 gennaio 2003 il dr. K._____ aveva precisato che seppur, all'epoca, la capacità lavorativa fosse nulla – in ragione del disturbo psichiatrico legato all'evoluzione del carcinoma – questa avrebbe potuto migliorare con un adeguato trattamento medico-psichiatrico combinato (doc. 31 p. 14). Nel corso degli anni, seppure in maniera discontinua

(cfr. 98 p. 4) un trattamento risulta essere stato messo in atto (cfr. anche doc. 17 p. 2) ed è assodato che l'interessata è stata seguita da uno specialista, la dr.ssa O. _____, che, a sua volta, ha confermato il progressivo miglioramento dello stato di salute psichico (cfr. rapporto dell'8 settembre 2014 [doc. 169] e del 13 aprile 2015 [doc. 185]).

13.2 L'ulteriore indagine peritale eseguita dal dr. F. _____ nel 2015, ha escluso sulla base di un test SWAP-200, la persistenza di un disturbo della personalità vero e proprio ai sensi dell'ICD-10 o del DSM-5 (doc. 201 p. 12). Pur essendo emersi dei tratti di personalità Borderline con il sottotipo di disregolazione emotiva e paranoide, tale disagio è stato considerato dal perito nel contesto dell'attitudine sociale dell'interessata (di cui si dirà più avanti – consid. 14.2.1), in aggiunta alla componente di irritabilità e di ansia generalizzata (doc. 201 p. 12). Grazie a tale accertamento e all'esclusione del disturbo della personalità, è stato quindi possibile completare l'istruttoria – vista l'omissione riscontrata dal TAF nel referto peritale del dr. M. _____ – e al contempo avvalorare la tesi del miglioramento dello stato di salute descritto sopra – essendo venuta a cadere una delle problematiche che il dr. K. _____ aveva ritenuto come incidenti sulla capacità lavorativa della ricorrente. In maniera esplicita il dr. F. _____ ha inoltre indicato che rispetto al 2005 “vi è stato un miglioramento della capacità di lavoro, attraverso l'attenuazione della sintomatologia, legata ai suoi (dell'assicurata, ndr.) disturbi psichici, con una diminuzione dell'intensità della patologia”, ragione per cui egli ha confermato il miglioramento constatato a partire dal 2010 dal dr. M. _____ (doc. 98) e dal dr. E. _____ (doc. 102, 122) e la conseguente esigibilità lavorativa nella misura del 40% (doc. 201 p. 13).

13.3 Al riguardo questo Tribunale rileva che non figurano agli atti pareri medici suscettibili di dubitare delle conclusioni peritali riguardanti il miglioramento dello stato di salute intervenuto a partire dal 17 dicembre 2010. Sebbene la dr.ssa O. _____ – le cui valutazioni sono state riportate alla lettera nella perizia E213 (doc. 174) – persista nel ricondurre i disturbi di depressione e attacchi di panico nel contesto più ampio di grave disturbo della personalità (cfr. doc. 169, 185, e rapporto del 25 settembre 2017 allegato al doc. TAF 7), occorre ritenere che tale circostanza è stata esaustivamente trattata dal dr. F. _____, che ne ha escluso la presenza nelle forme più acute e l'influsso sulla capacità lavorativa. Ne consegue che la valutazione della dr.ssa O. _____, su questo specifico punto, non può essere seguita, trattandosi da un lato dell'opinione del medico curante e d'altro di una possibile interpretazione differente della medesima fattispecie. Va oltretutto precisato che né la dr.ssa O. _____, né la dr.ssa

P._____ nella breve valutazione fatta per conto dell'INPS (doc. 179), si esprimono in maniera compiuta riguardo all'entità dell'inabilità lavorativa, né espongono un'anamnesi completa e dettagliata dalla quale emerga anche l'evoluzione dello stato di salute nel corso del tempo.

Occorre infine rilevare che, sebbene il dr. F._____ non abbia esposto un'analisi in base agli indicatori elaborati dal TF (cfr. consid. 9.4), è pur vero che quest'ultimo si è espresso prima dell'entrata in vigore di questa nuova giurisprudenza e inoltre come visto il parere specialistico da lui espresso non è suscettibile di essere rimesso in dubbio dalle valutazioni di altri medici (cfr. consid. 9.4.5). La forza probante della perizia, non risulta pertanto compromessa da tale omissione.

13.4 Risulta pertanto assodato, oltre che incontestato dalla ricorrente, che dal 17 dicembre 2010 quest'ultima potesse riprendere nella misura del 60% a svolgere qualsiasi attività lavorativa e nella misura del 70% adempiere alle attività domestiche.

14.

Resta quindi da esaminare se l'amministrazione abbia correttamente accertato l'aggravamento dello stato di salute sopraggiunto a partire dal 25 settembre 2015 e se in ragione di quest'ultimo essa abbia a giusto titolo, o meno riconosciuto un tasso di incapacità lavorativa del 50%.

14.1

14.1.1 L'assicurata contesta da un lato le valutazioni esposte dal dr. I._____, ritenendo che il perito non abbia stabilito un'inabilità lavorativa adeguata alle sue limitazioni e al suo effettivo stato di salute. Ora, tale critica non può essere seguita, alla luce delle esaustive e attendibili conclusioni a cui è giunto il dr. I._____, che si rammenta aveva visitato la ricorrente già nell'ambito della perizia pluridisciplinare del 2010. In tale contesto egli non aveva riscontrato particolari affezioni o limitazioni che, dal punto di vista reumatologico, impedissero all'interessata di riprendere a svolgere una qualsiasi attività lavorativa. Pur riscontrando una tendenza a un reumatismo delle parti molli, non aveva osservato la presenza di tutti i criteri per la diagnosi di una fibromialgia (doc. 97 p. 7). Al contrario, in occasione della recente perizia del 30 gennaio 2017 egli ha constatato la manifestazione completa di un quadro fibromialgico di tipo primario, essendo ormai presenti tutti i tender points necessari per tale diagnosi (doc. 238 p. 6). In linea generale egli ha constatato, rispetto all'esame del 2010, un "certo peggioramento dei disturbi dell'apparato muscolo-scheletrico" riconducibile

alla diagnosi di fibromialgia e dalle alterazioni degenerative alla colonna vertebrale – fra cui l’iniziale spondilopatia iperostante di Forestier (DISH) segnalata dal dr. Q. _____ (doc. 234) – che gli esami hanno mostrato in leggera progressione, pur restando i reperti clinici e radiologici ancora di modesta entità (doc. 238 p. 7-8). Per tenere in debito conto il suddetto aggravamento ed esprimendosi dal punto di vista strettamente reumatologico, il perito ha attestato un’incapacità lavorativa del 20% nell’attività abituale di operaia presso la B. _____ e in quella di casalinga, non riscontrando per contro alcun impedimento alla ripresa in misura completa di un’attività sostitutiva rispettosa dei limiti funzionali indicati nel rapporto (doc. 238 p. 7).

A ben vedere, tali conclusioni – interamente riprese dalla dr.ssa H. _____ nell’annotazione del 1° maggio 2017 – sono in parte confermate anche dal dr. Q. _____, che nei rapporti del 22 febbraio 2016 (doc. 215) e del 23 gennaio 2017 (doc. 234) riferisce di artromialgie diffuse e persistenti dall’età di 25 anni in un quadro di sindrome fibromialgica. Ora, sebbene lo specialista consultato dall’assicurata faccia risalire la fibromialgia a un periodo di gran lunga precedente a quello attestato dal dr. I. _____, è pur vero che dai suoi rapporti non emerge né un’anamnesi completa, né una descrizione dell’evoluzione dello stato di salute. Invero neppure è indicato da quando l’interessata è in cura presso di lui. A differenza del dr. I. _____, il dr. Q. _____ non spiega infatti da quando effettivamente la sindrome in parola si è manifestata completamente, ossia da quando sono stati riscontrati tutti i tender points necessari per porre tale diagnosi. Oltretutto nei summenzionati rapporti – assimilabili a quelli di un medico curante – manca una descrizione dettagliata delle limitazioni funzionali e della residua capacità lavorativa dell’interessata, ragion per cui le indicazioni contenute negli stessi debbono essere ritenute con una certa cautela. Lo stesso può dirsi degli altri documenti prodotti nell’ambito della procedura di revisione (cfr. consid. 11.1, 11.3).

Non vi è pertanto motivo valido per discostarsi dalla valutazione del dr. I. _____, che appare senz’altro frutto di un attento esame dell’assicurata e dell’intero materiale medico, oltre che da un raffronto della differente situazione clinica a sette anni di distanza dalla prima visita.

14.1.2 Pur non essendo un oggetto di contestazione da parte della ricorrente, vale la pena soffermarsi brevemente anche sull’evoluzione dal punto di vista psichiatrico. A tal proposito, rispetto allo status clinico del 2010, il dr. F. _____ ha riscontrato nell’interessata un incremento delle difficoltà

dal punto di vista sociale dal momento che quest'ultima, a causa della povertà di risorse psichiche, non risulta in grado di superare le proprie ansie anticipatorie né di comprendere le proprie psicodinamiche. Tale condizione, oltre a causare una certa difficoltà di integrazione in un nuovo posto lavorativo, a mente del perito, rende l'assicurata particolarmente vulnerabile allo stress e al rischio di ricadute. Per far fronte a tali difficoltà, il dr. F._____ ha ritenuto più opportuno riconoscere l'interessata inabile al lavoro nella misura del 50%, aumentando di conseguenza a partire dalla data della visita peritale, il tasso di incapacità lavorativa (doc. 201 p. 12-13).

A una conclusione analoga, giova precisare, pur non esprimendosi in merito al grado di incapacità lavorativa, è pure giunta la dr.ssa O._____ che nel rapporto dell'8 settembre 2014 (doc. 169) e in quello del 13 aprile 2015 (doc. 185) ha descritto la permanenza di una scarsa autonomia nell'assicurata sul versante sociale.

Quanto alla sindrome fibromialgica, dal rapporto peritale si evince che il dr. F._____, avendo constatato l'insorgere di tale patologia, l'ha inserita fra le diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa (doc. 201 p. 11) e così facendo ne ha tenuto conto nell'ambito della fissazione del tasso di abilità lavorativa dal punto di vista psichiatrico.

Tale aspetto è stato esaminato nel dettaglio anche dal dr. G._____ del servizio medico dell'AI, che nell'annotazione del 3 giugno 2016 ha aderito alle valutazioni peritali del dr. F._____ ritenute conclusive e affidabili (doc. 222). Dette valutazioni che sono state nuovamente confermate e fatte proprie anche dalla dr.ssa J._____ nell'annotazione del 7 giugno 2017 (doc. 250).

Così stando le cose, e alla luce delle considerazioni già esposte sopra (cfr. consid. 13), non vi sono pertanto dubbi riguardo alla correttezza dell'incapacità lavorativa attestata dal punto di vista psichiatrico dai medici incaricati dall'UAIE.

14.2

14.2.1 La ricorrente critica inoltre la valutazione globale dell'incapacità lavorativa, ritendo in buona sostanza che quella relativa alle problematiche fisiche (20%) andrebbe sommata a quella riguardante le problematiche psichiatriche (50%).

A supporto della propria tesi, oltre alla documentazione medica già esaminata, essa ha prodotto il referto del 28 ottobre 2017 dr. R. _____, che dopo l'esposizione delle patologie psichiatriche e fisiche note, conclude ritenendo la fibromialgia una problematica a se stante, da valutare in aggiunta a tutte le altre. Così facendo egli reputa congruo riconoscere all'assicurata un grado di invalidità di almeno 70% (p. 7).

14.2.2 Secondo il Tribunale federale il grado di incapacità lavorativa complessivo va stabilito in base ad una valutazione globale, un semplice cumulo dei gradi essendo inammissibile (sentenza del TF 9C_295/2013 del 20 giugno 2013 consid. 4.4). Inoltre, sempre secondo l'Alta Corte, la questione di sapere 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_362/2014 del 19 agosto 2014 consid.7, 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; anche sentenza I 606/03 del 19 agosto 2005 consid. 5.4.1 e 5.4.2).

14.2.3 Per quanto riguarda la somma dei gradi di inabilità lavorativa, se è vero che agli atti non figura una valutazione globale esposta congiuntamente dai due periti, è pur vero che nel proprio referto il dr. I. _____ indica espressamente che "vista la presenza di una problematica di tipo psichiatrico l'incapacità lavorativa da me determinata in ambito reumatologico può essere in parte sommata con quella psichiatrica" (doc. 238 p. 8). Dal canto suo, il dr. F. _____ già nel primo rapporto peritale, aveva riconosciuto l'incidenza dal punto di vista psichiatrico della componente fibromialgica e stabilito un'incapacità lavorativa (50% per ogni professione) alla quale si è attenuto anche a seguito dell'emanazione del rapporto peritale del dr. I. _____ al quale ha avuto accesso nell'ambito dell'esame dell'incarto (doc. 239 p. 1 e 8). Sebbene non si tratti di una valutazione congiunta, il secondo parere esposto dal dr. F. _____ dopo l'esame della perizia reumatologica, può senz'altro essere ritenuto alla stregua di una valutazione globale dell'incapacità lavorativa. Ad ogni buon conto, è utile rammentare che l'insorgere dell'inabilità lavorativa (20%) per gli aspetti reumatologici, è riferito unicamente alla professione abituale e decorre dalla visita peritale eseguita dal dottor I. _____ il 26 gennaio 2017 (doc. 238 pag. 7); per un'attività sostitutiva adatta alle limitazioni funzionali, invece, l'assicurata continua ad essere abile al 100% (doc. 238 p. 7). Così stando le cose, la necessità di una valutazione congiunta dei gradi d'inabilità lavorativa da

parte dei due periti può essere relativizzata, potendosi senz'altro attenere al grado indicato dal perito psichiatrico per le attività di sostituzione.

14.2.4 Pur tenendo conto che il dr. R. _____ è un professionista attivo in Italia, dove la prassi nell'ambito delle assicurazioni sociali può divergere da quella svizzera e volendo quindi leggere la valutazione dell'invalidità quale piuttosto valutazione dell'inabilità lavorativa al 70% in attività non meglio specificate, l'opinione espressa da quest'ultimo non può comunque essere condivisa: fondandosi su accertamenti già ampiamente valutati dai periti e dal servizio medico dell'UAIE essa deve essere ritenuta alla stregua di una valutazione divergente del medesimo substrato fattuale.

14.2.5 Neppure giova maggiormente alla tesi del ricorrente la perizia E213 del 6 febbraio 2015 che oltre a non apportare alcun elemento nuovo – considerato che riprende per intero le considerazioni della dr.ssa O. _____ – non fornisce alcuna motivazione riguardo all'incapacità totale nella professione abituale, né tantomeno si esprime riguardo alla capacità lavorativa residua in professioni sostitutive.

Per il resto, gli ulteriori certificati medici prodotti, al di là di quelli già esaminati, risultano essere tutt'al più delle brevi attestazioni di inabilità lavorativa, il cui valore probatorio è relativo e non può assurgere a quello pieno di una perizia, non essendo particolarmente sostanziati o fondati su specifici accertamenti ed essendo stati redatti dal medico curante (cfr. rapporto oncologico del 16 ottobre 2014 [doc. 168 {= 175, 181, 201 p. 30}]; ecodopplergrafia dei tronchi sovraaortici del 19 dicembre 2014 [doc. 163 {= 201 p. 26}]; rapporto del 28 gennaio 2015 del Servizio di diabetologia [doc. 164 {= 201 p. 24}]; certificato del 21 settembre 2015 della dr.ssa S. _____ [doc. 194 {= 201 p. 18}]; ecografia di cute e tessuto sottocutaneo del piede sinistro del 9 settembre 2015 [doc. 197 {= 201 p.21}]; esame clinico del 21 settembre 2015 [doc. 198]; esame RM al piede sinistro del 30 settembre 2015 [doc. 199 {= 218}]; esame RX alla colonna toracica dorsale del 14 marzo 2016 [doc. 216 {= 236, 244}]; esame RX alla colonna lombosacrale del 6 agosto 2015 [doc. 217 {= 246}]; rapporto dr.ssa O. _____ del 23 gennaio 2017 [doc. 234 {= 240}]). Tali referti medici, oltretutto, come riferito a più riprese dai medici del servizio medico dell'UAIE non apportano alcun elemento nuovo suscettibile di mettere in dubbio i rapporti peritali (cfr. doc. 187, 203, 222, 248, 250, 252 e annotazioni allegate al doc. TAF 13).

15.

Questa Corte non ha in definitiva fondato motivo di scostarsi dalle valutazioni peritali raccolte, la situazione reumatologica, oncologica e psichiatrica apparendo sufficientemente approfondita, motivata e concludente.

16.

In conclusione risulta quindi provato, con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali, che dal 17 dicembre 2010 lo stato di salute della ricorrente, così come le conseguenze sulla capacità lavorativa, sono sostanzialmente migliorati, per poi subire un leggero peggioramento a partire dal 25 settembre 2015 (doc. 95-98, 201, 238). A decorrere da tale momento, da un punto di vista reumatologico, oncologico e psichiatrico una ripresa lavorativa in attività sostitutive semplici, senza responsabilità e senza stress, alternanti posizione eretta e seduta, non richiedenti grandi spostamenti su terreni impervi o su scale, né lavori con le braccia sopra la testa, che prevedono sforzi fisici di tipo leggero (massimo 7.5kg), senza particolari stimolazioni della schiena, né ripetute sollecitazioni o rotazioni del tronco, né in condizioni di freddo, caldo, umido, sarebbe esigibile nella misura del 50% (doc. 248 pp. 2-3, 250 p. 3). In tal senso sono stati indicati dei lavori non qualificati, ad esempio in qualità di venditrice per corrispondenza, bigliettaia, addetta alla reception, telefonista, sondaggista (cfr. doc. 248 p. 5, 250 p. 6). Da rilevare che per il periodo precedente il peggioramento dello stato di salute, ossia dal 17 ottobre 2010 al 25 settembre 2015, erano state suggerite attività più impegnative come magazziniere (nel rispetto dei limiti funzionali), impiegata presso un distributore di benzina, ecc. (doc. 100 p. 3), esigibili nella misura del 60%.

17.

17.1 Avendo appurato che, a far tempo dal mese di dicembre 2010, la ricorrente è abile al 60% e da fine settembre 2015 al 50% in un'attività sostitutiva confacente al suo stato di salute come nella precedente professione (perlomeno fino al gennaio 2017), occorre ancora esaminare la conformità del tasso d'invalidità calcolato dall'autorità inferiore, pur non essendo oggetto di contestazione da parte dell'insorgente.

17.2

17.2.1 In applicazione del cosiddetto confronto percentuale ("Prozentvergleich") l'UAIE ha dedotto il tasso di incapacità al guadagno direttamente

dal grado di inabilità lavorativa del 40%, rispettivamente 50%, nella precedente (e in ogni altra professione) rinunciando ad effettuare un raffronto dei redditi di riferimento.

17.2.2 È utile rilevare che se la persona interessata non sfrutta in maniera completa e ragionevolmente esigibile la capacità lavorativa residua, il reddito da invalido va di principio determinato alla luce dei dati forniti dalle statistiche salariali come risultano segnatamente dall'inchiesta svizzera sulla struttura dei salari edita dall'Ufficio federale di statistica (ISS; DTF 126 V 75 consid. 3b pag. 76 con riferimenti). Tuttavia, è possibile derogare a questo principio e fissare la perdita di guadagno direttamente in base all'incapacità di lavoro operando un confronto percentuale ("Prozentvergleich"). Questo metodo costituisce una variante ammissibile del raffronto dei redditi basato su dati statistici: il reddito da valido è preso in considerazione nella misura del 100%, mentre il reddito da invalido è preso in considerazione tenendo conto dell'incapacità lavorativa, la differenza percentuale corrisponde in tal modo al grado d'invalidità (sentenze del TF 9C_225/2016 del 14 luglio 2016 consid. 6.2.2, 8C_628/2015 del 6 aprile 2016 consid. 5.3.5 e 8C_211/2013 del 3 ottobre 2013 consid. 4.1 con i riferimenti pubblicata in SVR 2014 UV n. 1 pag. 1; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 3 aed. 2014, n. 35 e seg. ad art. 28 a LAI). L'applicazione di questo metodo si giustifica quando il salario da valido e quello da invalido sono fissati in base agli stessi dati statistici, oppure quando il lavoro precedentemente svolto è ancora possibile (perché il contratto di lavoro per esempio non è stato sciolto), oppure quando questo lavoro offre le migliori possibilità di reintegrazione professionale (perché per esempio il salario prima dell'invalidità è superiore a quello da invalido) (sentenze del TF 9C_225/2016 del 14 luglio 2016 consid. 6.2.2, 9C_310/2009 del 14 aprile 2010 consid. 3.2 e 8C_294/2008 del 2 dicembre 2008 consid. 6.4.1).

17.2.3 Nel caso concreto, contrariamente a quanto proposto dall'UAIE, le condizioni per fare capo eccezionalmente al confronto percentuale ("Prozentvergleich") non sono date. L'assicurata infatti ha smesso di lavorare il 3 luglio 2000 e, sebbene non figurì agli atti una formale disdetta, il contratto presso il suo ex-datore di lavoro è stato, de facto, sciolto, non avendo l'interessata più ripreso le proprie mansioni, né avendo fatto richiesta del proprio posto di lavoro, ma anzi essendosi trasferita all'estero. Viste le dichiarazioni del datore di lavoro – secondo il quale in seno all'azienda non vi erano possibilità di cambiamento di attività, né vi era l'interesse a creare un posto su misura per l'assicurata, o a procedere a un suo reinserimento con l'ausilio dell'AI (doc. 62 p. 2) – non le sarebbe comunque stato

possibile riprendere la propria attività nel precedente posto di lavoro. Ciò posto, non risulta inoltre dimostrato che il lavoro di operaia in un'impresa attiva nella produzione di lamine di quarzo le possa offrire, alla luce delle patologie di cui soffre, le migliori possibilità di reintegrazione. Tanto più che nessun consulente in integrazione professionale, che era la persona più indicata per verificare quali attività fossero possibili alla luce degli accertamenti medici (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158; cfr. anche sentenza 9C_635/2007 del 21 agosto 2008 consid. 3.3; Ulrich Meyer, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, pag. 228 seg.), è stato a tal proposito consultato dall'autorità inferiore. Oltretutto il dottor I. _____, perlomeno a partire da gennaio 2017, ha segnalato che dal profilo reumatologico l'attività precedente è ormai esigibile solo all'80%, quindi in misura minore rispetto a un'attività sostitutiva, circostanza che impone – in virtù dell'obbligo di ridurre il danno – di valutare se in attività adeguate l'assicurata potrebbe percepire un reddito superiore.

L'UAIE fa inoltre astrazione del fatto che non vi è alcun automatismo nell'applicazione del metodo percentuale, nel senso che il grado d'incapacità di guadagno non corrisponde necessariamente a quello di lavoro: l'applicazione di questo metodo non esime l'autorità dal verificare se la capacità di lavoro medicalmente attestata non debba essere ulteriormente ridotta per tenere conto di altri fattori, come la situazione professionale e salariale concreta dell'interessata (sentenza 8C_530/2015 del 6 gennaio 2016 consid. 6.2; MEYER/REICHMUTH, op. cit., n. 37 ad art. 28 a LAI). A tale proposito l'amministrazione non ha eseguito alcun accertamento e, a ben vedere, un'ulteriore riduzione non può a priori essere esclusa, visti gli incipienti limiti funzionali riscontrati e la necessità di lavorare a tempo parziale, ciò che potrebbe condurre al riconoscimento di un grado d'invalidità superiore a quello contestato (a tal proposito si confronti anche la sentenza del TAF 668/2012 del 19 marzo 2014, consid. 8.3.2 [doc. 149], nella quale, pur lasciando indecisa la legittimità del metodo di confronto scelto dall'autorità inferiore, aveva già ventilato la possibilità di una deduzione sociale del 10% con conseguente incremento del grado di invalidità al 51,07% [a fronte del 40% ritenuto dall'amministrazione]).

17.3 In definitiva l'utilizzo del metodo percentuale, non risultando per altro giustificato da particolari difficoltà nel determinare l'entità del reddito da valida e da invalida dell'interessata, risulta contrario al diritto federale e non può pertanto essere seguito. Ad ogni buon conto, l'errore in cui è incorsa

l'autorità inferiore non conduce necessariamente all'annullamento del giudizio impugnato e a un rinvio degli atti, potendo il raffronto dei redditi essere agevolmente stabilito in questa sede, sulla sola base degli atti.

18.

18.1 Secondo il metodo generale di comparazione dei redditi (art. 16 LPGGA), per valutare il grado di invalidità occorre procedere a un confronto del reddito che l'assicurato conseguiva da valido con quello che lo stesso percepisce, o potrebbe ipoteticamente percepire da invalido.

Nell'ambito di una procedura di revisione, il momento determinante per il raffronto dei redditi, è quello in cui il diritto alla rendita potrebbe subire una modifica (cfr. CR LPGGA-MARGIT MOSER-SZELESS, art. 16 LPGGA, N 41). Pertanto i redditi con e senza invalidità devono essere determinati sulla base delle indicazioni statistiche, valide per lo stesso anno (sentenza del TF I 471/05 del 11 maggio 2006 consid. 3.2) tenendo conto delle modifiche riguardanti tali redditi e suscettibili di influire sul diritto alla rendita fino all'emissione della decisione dell'autorità competente (DTF 129 V 222 consid. 4.1 e i riferimenti ivi citati; MICHEL VALTERIO, *Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) e de l'assurance-invalidité (AI)*, Commentaire thématique, ed. Schulthess, Ginevra/Zurigo/Basilea 2011, p.548, N. 2063-2064).

Nell'evenienza concreta, essendo stato accertato dapprima un miglioramento dello stato di salute, e in seguito un peggioramento, occorrerà procedere a dei raffronti dei redditi distinti. Gli anni di riferimento saranno pertanto il 2012, momento in cui è intervenuta la prima modifica della rendita e il 2015, in occasione della seconda modifica. Un ulteriore raffronto andrà inoltre eseguito nel 2017, in ragione dell'ulteriore riduzione dell'abilità lavorativa nella professione abituale (cfr. consid. 14.2.3, 17.1, 17.2.3).

18.2

18.2.1 Per determinare il reddito ipotetico conseguibile dalla persona assicurata senza il danno alla salute (reddito da valido), andrebbe, di regola, ritenuto l'ultimo reddito conseguito dalla persona assicurata prima del danno alla salute, se del caso adeguandolo all'evoluzione dei salari. Soltanto in presenza di circostanze particolari è possibile scostarsi da questo valore ricorrendo ai dati statistici risultanti dall'ISS (v. DTF 134 V 322 consid. 4.1 pag. 325; 129 V 222 consid. 4.3.1 pag. 224 con riferimenti MICHEL

VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) e de l'assurance-invalidité (AI), Commentaire thématique, ed. Schulthess, Ginevra/Zurigo/Basilea 2011, p.554, N. 2085). Ciò che è giustificato nella fattispecie.

Infatti, sebbene agli atti figurino un'indicazione del datore di lavoro riguardo al reddito conseguibile dall'assicurata nel 2001 quale operaia addetta alla produzione di piccole e sottili lamine in quarzo (in particolare il trattamento delle lamine con acidi, doc. 238 pag. 7), l'attualizzazione di tale dato al 2012 e rispettivamente al 2015, alla luce del lungo periodo trascorso e della funzione poco qualificata dell'interessata in seno all'azienda, non garantirebbe l'aderenza alla reale evoluzione del salario nel contesto del rapporto di lavoro allora in essere. In siffatte circostanze è pertanto giustificato ricorrere ai dati statistici anche per la fissazione del reddito da valido e meglio alla tabella ISS 2012 per quanto concerne la prima modifica della rendita e alla tabella ISS 2014 – ritenuto che l'amministrazione poteva già disporre di tali dati al momento dell'emanazione della decisione essendo stati pubblicati nell'aprile 2016 (sentenze 9C_225/2016 del 14 luglio 2016 consid. 6.3.2 e 9C_767/2015 del 19 aprile 2016 consid. 3.4 con i riferimenti) – per quanto concerne le successive modifiche.

18.2.2 Posto che l'interessata, priva di una formazione professionale, ha lavorato come operaia presso differenti datori di lavoro, da ultimo come operaia in un'impresa attiva nella produzione di lamine di quarzo nella misura di 40 ore settimanali (doc. 62 e 95 p. 4), è possibile riferirsi ai dati relativi al salario mensile lordo per le attività semplici e non qualificate (livello 1, donne) nel settore della produzione (categoria 5-43), corrispondente nel 2012 a fr. 4'289.-/mese, nel 2015 a fr. 4'459.40/mese (ossia fr. 4'424.- + 0.8% secondo l'indice dei salari nominali valido per le donne fra il 2011-2015 [T1.2.10, settore secondario]) e nel 2017 a fr. 4'499.60/mese (ossia fr. 4'424.- + 0.8% + 0.6% [T1.2.10, settore secondario] + 0.3% [stima del secondo trimestre del 2017 edita dall'UFS]).

Riportando tali dati agli orari usuali di lavoro nel settore di 41.4 ore/settimana per il 2012, di 41.6 ore/settimana per il 2015 e di 41.5 per il 2017 (categoria B-E Attività manifatturiere, cfr. www.bfs.admin.ch), si ottiene un reddito da valido di fr. 4'439.10/mese nel 2012, di fr. 4'637.75/mese nel 2015 e di fr. 4'668.35/mese nel 2017.

18.3

18.3.1 Per stabilire il reddito da invalida, ritenuto che l'interessata è in grado di svolgere, con lo stesso tasso di impiego, sia la professione abituale, che una delle attività sostitutive proposte dal servizio medico dell'UAIE (cfr. consid. 11.2.3 e 16), occorrerà riferirsi a quello che essa avrebbe potuto percepire in una attività semplice e non qualificata (livello 1, donne) nel settore della produzione (categoria 5-43), da preferirsi – almeno per gli anni 2012 e 2015 – a quello più basso conseguibile nella categoria totale (generalmente utilizzato per le attività semplici e ripetitive), in virtù dell'obbligo di ridurre il danno.

Nel 2012, la suddetta attività svolta al 60% per 41.4 ore settimanali, comportava un introito mensile di fr. 2'663.45 (dati ISS 2012).

Nel 2015, applicando i dati della tabella ISS 2014, aggiornati secondo l'indice dei salari nominali valido per le donne fra il 2011-2015 (+ 0.8% [T1.2.10, settore secondario]), tale attività svolta al 50% per 41.6 ore settimanali, comportava un introito mensile di fr. 2'337.25.

Alla luce dell'ulteriore inabilità riscontrata sotto il profilo reumatologico dal 1° gennaio 2017 nell'attività abituale e tenuto conto dell'obbligo di ridurre il danno, per determinare il reddito conseguibile da invalida nel 2017 occorrerà invece riferirsi a quello della tabella ISS 2014 relativo alle attività semplici e ripetitive non qualificate (categoria totale [5-96], livello 1, donne), che riportato a un orario usuale di 41.8 ore settimanali (categoria A-T Totale, cfr. www.bfs.admin.ch), ridotto del 50% per tenere conto dell'incapacità lavorativa e indicizzato (mediante la T1.2.10, settore totale [5-96] e la stima del secondo trimestre del 2017 edita dall'UFS), corrisponde a fr. 2'282.90 $([4'300 + 0.5\% + 0.8\% + 0.3\%] \times 41.8 / 40 \times 50\%)$.

18.3.2

18.3.2.1 Questi introiti teorici possono essere ridotti per tenere conto dei fattori personali dell'assicurata (DTF 126 V 75). In ossequio alla giurisprudenza federale, occorre esaminare le circostanze specifiche del caso concreto, segnatamente le limitazioni addebitabili al danno alla salute, età, anni di servizio, nazionalità e tipo di permesso di dimora, grado d'occupazione, cfr. DTF 126 V 75 consid. 5b/bb in fine e sentenza del TF 9C_751/2011 del 30 aprile 2012 consid. 4.2.1) e, se del caso, procedere ad una riduzione percentuale del salario statistico medio, tenendo presente che occorre applicare dei multipli di 5 fino ad un massimo del 25% (sentenza del TF 9C_179/2013 del 26 agosto 2013; l'applicazione di tassi più frazionati si rivelerebbe problematica; cfr. ULRICH MEYER, Bundesgesetz

über die Invalidenversicherung [IVG] in: MURER/STAUFFER [ed.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozial-versicherungsrecht, 2a ed., 2010, pag. 314). La deduzione non è automatica, ma deve essere valutata di caso in caso e complessivamente, non separatamente, in maniera schematica, sommando i singoli fattori di deduzione, tenendo conto di tutte le circostanze del singolo caso (sentenza del TF 9C_751/2011 del 30 aprile 2012 consid. 4.2.1 e DTF 126 V 75 consid. 5b/aa in fine).

Nell'ambito dell'applicazione di tale riduzione per fattori personali, l'amministrazione gode di un'ampia autonomia di giudizio che il giudice può rivedere solo in casi particolari. Il giudice delle assicurazioni sociali non può, senza motivo pertinente, sostituire il proprio apprezzamento a quello dell'amministrazione. Se lo fa, deve motivare in modo appropriato che una diversa valutazione s'impone. Inoltre, la deduzione non va effettuata automaticamente, ma solo se nel singolo caso sussistono elementi che lascino presagire che la persona assicurata, a causa di una o più di queste circostanze, ben difficilmente riuscirà a sfruttare la sua capacità di lavoro (DTF 137 V 71 consid. 5.2).

18.3.2.2 Nel caso in esame l'UAIE ha rinunciato ad esprimersi riguardo alle deduzioni sociali, omissione che permette a questo Tribunale, nell'ambito del controllo dell'adeguatezza della decisione amministrativa, di chinarsi sulla questione senza sconfinare nell'eccesso o nell'abuso del potere di apprezzamento.

Al riguardo si rileva che la deduzione del salario statistico da invalida deve permettere di avvicinarsi il più possibile al salario che l'interessata potrebbe effettivamente percepire dopo l'insorgenza dell'invalidità: quindi è necessario procedere a una nuova valutazione della riduzione del salario da invalido ogni qualvolta che si procede ad un raffronto dei redditi (cfr. DTF 126 V 75). Andrà quindi determinata l'entità delle deduzioni sociali valida sia per il 2012 che per il 2015.

18.3.2.3 In concreto, nel 2012 risulta essere giustificata unicamente una deduzione del 5% riconducibile al grado di occupazione ridotto (cfr. doc. 201 p. 12, doc. 203, doc. 250 p. 3 - non potendo più svolgere un'attività a tempo pieno [sentenza del TF 8C_709/2008 del 3.4.2009 consid. 9.2]). Non entrano infatti in linea di conto altri fattori come età o anni di servizio (essendo l'assicurata nata nel 1966 ed avendo lavorato soltanto cinque anni per l'ultimo datore di lavoro [doc. 62]), o ancora la necessità di svolgere attività leggere o altri limiti funzionali (dal momento che sotto il profilo reumatologico e oncologico essa non presentava alcuna limitazione e che le

problematiche di natura psichiatrica non ostacolano particolarmente la ripresa dell'attività lavorativa [cfr. doc. 95 p. 14]).

Nel 2015, come pure nel 2017, per contro, alla luce delle nuove limitazioni attestate sia dal dr. I. _____ che dal dr. F. _____, pare giustificato il riconoscimento di una deduzione sociale del 15% riconducibile al grado di occupazione limitato e ai numerosi limiti funzionali che hanno ridotto ancor più il mansionario dell'attività abituale e il ventaglio di possibili attività sostitutive (cfr. consid. 16).

18.4 Ne consegue che, riducendo del 5% il salario statistico da invalido percepibile nel 2012 si ottiene un importo di fr. 2'530.30. Riducendo del 15% il dato del 2015 si ottiene invece un importo di fr. 1'986.65. Riducendo infine il reddito conseguibile nel 2017 ne risulta un importo di fr. 1'940.45.

18.5

18.5.1 Il confronto fra il reddito privo d'invalidità di fr. 4'439.10.- (cfr. consid. 18.2.2) ed un introito teorico dopo l'insorgenza dell'invalidità di fr. 2'530.30, causa una perdita di guadagno per il 2012 del 43% ($= \frac{4'439.10 - 2'530.30}{4'439.10} \times 100$), che permette di confermare il quarto di rendita riconosciuto nella decisione impugnata.

18.5.2 Dal confronto fra il reddito conseguibile da valida di fr. 4'637.65 (cfr. consid. 18.2.2) e quello da invalida di fr. 1'986.65, risulta per contro un grado d'invalidità per il 2015 del 57.16% ($= \frac{4'637.65 - 1'986.65}{4'637.65} \times 100$), arrotondato al 57% (DTF 130 V 121, consid. 3.2 e seg., ribadita in un caso analogo anche nella DTF 133 V 545 consid. 6.1), che giustifica il riconoscimento di una mezza rendita.

18.5.3 Allo stesso modo pure per il 2017 può essere confermato il diritto alla mezza rendita AI, emergendo dal raffronto fra i redditi un grado d'invalidità per del 58.45% ($= \frac{4'668.35 - 1'940.45}{4'668.35} \times 100$), arrotondato al 58% secondo la citata giurisprudenza e pertanto non sufficiente per distanziarsi da quanto ritenuto dall'autorità inferiore.

19.

19.1 In simili condizioni, pur con i correttivi indicati sopra in relazione al metodo di calcolo dell'invalidità, – è dunque a giusto titolo che il diritto alla rendita è stato modificato, riconoscendo un quarto di rendita a partire dal 1° marzo 2012 (ossia dal primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione dell'11 gennaio 2012 [doc. 127], giusta l'art. 88^{bis}

cpv. 2 let. a OAI) e una mezza rendita a partire dal 1° dicembre 2015 (ossia tre mesi dopo l'aggravamento dello stato di salute, giusta l'art. 88a cpv. 2 OAI).

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

20.

20.1 Visto l'esito della procedura, le spese processuali di fr. 800.-, sono poste a carico della ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento del 21 febbraio 2008 sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse vengono compensate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dall'insorgente il 2 ottobre 2017 (doc. TAF 4, 5).

20.2 Al ricorrente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario).

Peraltro, le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto a un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (v., fra l'altro, DTF 127 V 205).

Il dispositivo è alla pagina seguente

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali di fr. 800.-, già anticipate dalla ricorrente, sono poste a suo carico e vengono compensate con l'acconto già versato.

3.

Non si riconoscono indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

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

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Luca Rossi

Rimedi giuridici:

Contro la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 LTF). 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: