



Corte III
C-1533/2012

Sentenza del 10 aprile 2013

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),
Beat Weber, Franziska Schneider;
Cancelliere: Dario Croci Torti.

Parti

A. _____, patrocinata dall'avv. Luigi Potenza,
Via della Repubblica 23, IT-73054 Presicce,
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 invalidità (decisione del 6 febbraio 2012).

Fatti:**A.**

A. _____, cittadina italiana, nata il , ha lavorato in Svizzera dal 1975 al 1984 e nel 1991, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI). Dopo il rimpatrio non ha più svolto attività lucrative, dedicandosi ai lavori familiari (doc. 78). In data 31 marzo 2010, l'assicurata ha presentato una prima domanda volta al conseguimento di una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1, 3). L'indagine medica relativa a questa richiesta aveva posto in evidenza che la richiedente presentava una spondilite con sacro ileite bilaterale in trattamento immunosoppressivo con impegno funzionale di grado lieve-moderato in fibromialgia, ipertensione arteriosa lieve, incontinenza urinaria in esiti di pregressa isteroannessiectomia, sindrome ansioso-depressiva lieve-moderata, epatopatia cronica correlata (cfr. perizia media del 17 giugno 2010, doc. 74). Il medico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), dopo aver esaminato la documentazione medica ricevuta, ha affermato che non sussisteva alcuna invalidità nell'ambito delle consuete attività domestiche svolte dall'assicurata (doc. 99). Con progetto di decisione dell'11 gennaio 2011, l'UAIE ha disposto la reiezione della domanda di prestazioni (doc. 100). L'interessata si è opposta a tale progetto inviando ulteriore documentazione medica, poi riesaminata dal Dott. Kristol dell'UAIE (doc. 108), il quale ha riconfermato il suo precedente parere. Mediante decisione del 10 marzo 2011, l'Ufficio AI ha respinto la domanda di rendita (doc. 109). Questa decisione è cresciuta in giudicato in seguito alla sentenza del Tribunale amministrativo federale del 18 luglio 2011 che ha dichiarato inammissibile il ricorso presentato dall'interessata a causa del pagamento tardivo dell'anticipo per le spese processuali (causa C-2330/2011).

B.

In data 23 settembre 2011, A. _____ ha formulato una nuova domanda di rendita AI facendo valere che le sue condizioni di salute si erano notevolmente aggravate. Produce, a suffragio della sua richiesta diversi documenti, alcuni poco leggibili, segnatamente:

- un certificato reumatologico del 22 febbraio 2011 (Dott. Calcagnile) attestante, in sostanza, una spondiloartrite sieronegativa psoriasica ed un reumatismo fibromialgico (doc. 117/3);

- un referto d'esame fisiatrico (?) del 22 febbraio 2011 (doc. 117/1);

- un breve rapporto d'esame reumatologico (Dott. Quarta) del 24 marzo 2011 che conferma la spondiloartrite sieronegativa (doc. 118);
- una lettera di dimissione ospedaliera per il ricovero dal 28 aprile al 23 maggio 2011 per broncopolmonite, virosi con poliradicolonevrite acuta, spondilite anchilosante, lombalgia da sofferenza radicolare L5 ed altre turbe di precedente presenza (doc. 119);
- un rapporto d'esame neurologico del 20 settembre 2011 (Dott.ssa Del Prete; doc. 121);
- un referto di mineralometria ossea computerizzata del 22 settembre 2011 (doc. 122);
- un breve referto di visita in infettivologia del 14 aprile 2011 che conferma la pregressa infezione HBV (doc. 123);
- un referto RM rachide lombosacrale del 27 agosto 2011 (doc. 115).

Con nota del'11 ottobre 2011, l'UAIE ha chiesto al proprio servizio medico di pronunciarsi sul peggioramento della situazione di salute e valetudinaria di A._____.

Nel rapporto del 19 ottobre 2011, il Dott. Kristol ha osservato che i nuovi documenti non apportano la prova dell'esistenza di un reumatismo infiammatorio; l'IRM del 27 agosto 2011 smentisce anche la diagnosi di sacro-ileite bilaterale, l'ospedalizzazione recente è più che altro dovuta ad un broncopolmonite (affezione severa, ma passeggera) per cui non sussisterebbe alcun cambiamento rispetto alla situazione presente nel corso della precedente procedura di richiesta di prestazioni (doc. 125).

C.

Con progetto di decisione del 28 novembre 2011, l'Ufficio AI ha disposto il non esame della nuova domanda in quanto la ricorrente non aveva reso plausibile un sostanziale mutamento della sua invalidità rispetto alla prima domanda (doc. 127).

Con scritto del 18 gennaio 2012, l'avv. Potenza ha manifestato il disaccordo della propria assistita con il progetto in parola facendo presente che una modifica è stata provata sulla scorta della documentazione sanitaria esibita (doc. 128).

Mediante decisione del 6 febbraio 2012, l'UAIE ha comunicato all'interessata di non potere esaminare sul merito la domanda di prestazioni (doc. 129).

D.

Con il ricorso depositato il 14 marzo 2012, A._____, sempre rappresentata dall'avv. Potenza, chiede l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto a delle prestazioni dell'AI. Ricordando la giurisprudenza in materia di nuova domanda di prestazioni, la parte ricorrente fa presente che per quanto riguarda la prova di modifica dell'invalidità è sufficiente che sussistano indizi a favore della circostanza invocata, fermo restando che, da un esame più approfondito, si giunga poi al rigetto vero e proprio della nuova domanda. In seguito la ricorrente contesta le conclusioni alle quali è giunto il Dott. Kristol, che avrebbe ignorato del tutto quanto certificato nei referti esibiti e continua a riferirsi ad una fibromialgia, mentre la diagnosi posta è molto più grave e consiste in una spondilite con sacro-ileite bilaterale, patologia che comporta notevoli compromissioni anche nella vita di tutti i giorni. Con scritto del 7 giugno 2012 (doc. TAF 5) produce, oltre a documentazione già ad atti, segnatamente: una sentenza del Tribunale di Lecce del 16 maggio 2012 che condanna l'INPS al riconoscimento dell'invalidità civile; la perizia del Dott. Sgarra del 7 marzo 2012 (per il Tribunale di cui sopra) il quale insiste sulla diagnosi di spondiloartrite anchilosante.

E.

L'incarto è stato trasmesso dall'UAIE al Dott. Kristol, il quale ha affermato che i documenti prodotti in sede ricorsuale non attestano alcun peggioramento della situazione valetudinaria. Circa il problema diagnostico contestato (semplice fibromialgia o spondilite con sacro-ileite bilaterale), il Dott. Kristol lascia decidere all'UAIE se sottoporre gli atti ad uno specialista in reumatologia (doc. 131).

Nelle osservazioni ricorsuali del 15 agosto 2012, l'UAIE propone la reiezione del ricorso.

F.

Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione e di altra documentazione di rilievo, la ricorrente, con scritto del 26 settembre 2012, ha ribadito la sua intenzione di mantenere il ricorso. Produce un breve referto reumatologico del Dott. Muratore del 28 giugno 2012 ed una RM cervicale del 16 luglio 2012.

L'Ufficio AI ha sottoposto gli atti al Dott. Kristol, il quale afferma che tale referto RM è sovrapponibile ad uno precedentemente prodotto del 26 agosto 2010, mentre il certificato reumatologico pone una diagnosi (contestata) già conosciuta (doc. 133 del 4 novembre 2012). Duplicando in data 8 novembre 2012, l'UAIE ripropone la reiezione del ricorso.

G.

Con decisione incidentale del 16 novembre 2012, il Tribunale amministrativo federale ha invitato la parte ricorrente a versare 400 franchi corrispondenti alle presunte spese processuali. Nel contempo alla ricorrente è stata inviata copia delle duplica (con il parere del Dott. Kristol) del 4 novembre 2012). Detto anticipo è stato versato il 9 dicembre successivo.

H.

Con scritto del 7 novembre 2012, la ricorrente ha ancora inviato una serie di referti medici, segnatamente: un resoconto d'esame reumatologico del 5 novembre 2012; un rapporto d'esame ematologico del 30 ottobre 2012; un breve rapporto d'esame neurologico del 9 ottobre 2012; un certificato medico del 26 settembre 2012 (Dott. Gallina); un verbale di pronto soccorso del 25 settembre 2012 per dolori addominali; una densitometria ossea del 20 settembre 2012; un test al cicloergometro del 28 agosto 2012 attestante l'esistenza di un'ischemia cardiaca da sforzo.

L'incarto è stato inviato all'UAIE perché prendesse posizione in merito alla nuova documentazione. Il Dott. Kristol, nel rapporto del 5 febbraio 2013, pur annotando che gran parte dei documenti erano scarsamente illeggibili, ha passato in rassegna tutti i referti esibiti, ma non li ha ritenuti tali da dover cambiare il precedente parere (doc. 135).

Con nuove osservazioni del 12 febbraio 2013, l'UAIE si è riconfermato nelle sue precedenti conclusioni. Copia di queste osservazioni e del parere del Dott. Kristol menzionato sono stati inviati alla ricorrente.

Diritto:

1.

Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale (LTAF, RS 173.32), il Tribunale amministrativo federale (TAF) 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 portate innanzi al TAF 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 previsti dalla legge (art. 60 LPGA, 52 PA). L'interessata ha versato l'anticipo delle presunte spese processuali di 400 franchi entro il termine impartito. Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame di merito dello stesso.

3.

3.1 La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea. Di conseguenza, è applicabile, nella specie, 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).

3.2 L'allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale è stato modificato il 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Tuttavia, il caso in esame rimane regolato (a seguito del rinvio dell'art. 80a LAI) dalla versione dell'allegato II in vigore fino al 31 marzo 2012 (cfr. RU 2002 1527, RU 2006 979 e 995, RU 2006 5851, RU 2009 2411 e 2421), in base al quale le parti contraenti applicano fra di loro gli atti comunitari seguenti: il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 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 (RU 2004 121, RU 2008 4219, RU 2009 4831), normativa applicabile a tutte le rendite il cui diritto nasce a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sostituisce le Convenzioni di sicurezza sociale che disciplinavano i rapporti fra due o più Stati (art. 6 del regolamento) ed il regolamento (CEE) n. 574/71 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71 (RU 2005 3909, RU 2009 621, RU 2009 4845).

3.3 Secondo l'art. 3 del regolamento (CEE) n. 1408/71, i cittadini degli Stati membri della Comunità europea ed i cittadini svizzeri godono della parità di trattamento. In base all'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali fra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale sono sospesi con l'entrata in vigore del presente accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'accordo, in particolare l'allegato II che regola i sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC) 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 257 consid. 2.4).

4.

Relativamente al diritto applicabile, deve essere precisato che, a partire dal 1° gennaio 2012, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 18 marzo 2011 (6^a revisione), ritenuto tuttavia il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al momento in cui i fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (DTF 130 V 445 consid. 1.2). Ne consegue che il diritto alla rendita si esamina fino al 31 dicembre 2011 alla luce delle precedenti norme e, a partire da quella data, secondo le nuove disposizioni.

5.

5.1 Qualora una prima richiesta di rendita sia stata negata perché il grado d'invalidità era insufficiente o perché l'invalido poteva provvedere a se stesso, una nuova domanda è riesaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado d'invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 3 e 4 dell'ordinanza federale sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 [OAI, RS 831.201]). Se non è il caso, l'amministrazione non entra nel merito della richiesta.

Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e, in particolare, verificare se la modifica del grado d'invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 108 e 130 V 64 e 71). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPGA, art. 87 segg. OAI).

5.2 Nella fattispecie, nonostante il contenuto della decisione impugnata, l'autorità inferiore ha in realtà esaminato sul merito la domanda di rendita AI presentata dall'interessata. Basti solo ricordare che tutti i documenti inviati dall'assicurata sono stati vagliati dal Dott. Kristol, dell'UAIE, il quale si è pronunciato per ben 4 volte in merito alla detta refertazione e quella esibita successivamente (doc. 125, 131, 133, 135).

5.3 La prima decisione cresciuta in giudicato, che ha rifiutato di accordare alla ricorrente una rendita d'invalidità, è stata resa il 10 marzo 2011. La ricorrente ha poi presentato una sua seconda domanda di rendita il 23 settembre 2011. L'UAIE ha emanato una decisione di rifiuto di prestazioni il 6 febbraio 2012. Ne consegue che il periodo di riferimento per giudicare se è intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità può essere limitato dal 10 marzo 2011 al 6 febbraio 2012. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 131 V 9 consid. 1, 130 V 445 consid. 1.2 con i rinvii).

6.

6.1 Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, ogni richiedente deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni:

- essere invalido ai sensi della legge svizzera;
- aver versato contributi all'AVS/AI svizzera per tre anni (art. 36 LAI). A tal fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), a condizione che almeno un anno di contributi sia registrato all'AVS/AI svizzera (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71).

6.2 Nella specie, la ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per un periodo superiore ai 3 anni, pertanto, adempie la condizione della du-

rata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalida ai sensi di legge.

7.

7.1 In base all'art. 8 LPGA 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.

7.2 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 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE e vi risiede (DTF 130 V 253 consid. 2.3).

7.3 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 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. Tuttavia, il diritto alla rendita nasce al più presto dopo 6 mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei 18 anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

7.4 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 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in conside-

razione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obbiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA).

7.5 Per gli art. 5 LAI e 8 cpv. 3 LPGA, gli assicurati maggiorenni che prima di subire un danno alla salute fisica mentale o psichica non esercitavano un'attività lucrativa e dai quali non si può esigere che l'esercitino, sono considerati invalidi se tale danno impedisce loro di svolgere le proprie mansioni consuete.

8.

8.1 L'assicurata non ha più svolto attività lucrativa dopo il rimpatrio avvenuto nel 1991 e si è dedicata alla sua economia domestica (doc. 78).

8.2 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). 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). 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).

8.3 L'invalidità dell'assicurato che non esercita un'attività lucrativa, ma svolge le mansioni consuete e dal quale non si può ragionevolmente esigere che intraprenda un'attività lucrativa è determinata, in deroga all'art. 16 LPGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (art. 28a cpv. 2 LAI). L'art. 27 OAI precisa che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità.

8.4 In carenza 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 tasso 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).

8.5 Inoltre, perché un rapporto medico abbia valore probatorio è determinante che esso valuti ed esamini in maniera completa i punti litigiosi, si fondi su degli esami approfonditi, prenda conto di tutte le affezioni di cui si lamenta l'assicurato, sia stabilito in piena conoscenza dei suoi antecedenti (anamnesi) e sia chiaro nell'esposizione delle correlazioni mediche o nell'apprezzamento della situazione medica; le conclusioni dell'esperto devono inoltre essere motivate (DTF 125 V 352 e 122 V 160).

9.

9.1 Al momento della reiezione della prima domanda di rendita, la richiedente era portatrice di spondilite con sacro-ileite bilaterale in trattamento immunosoppressivo con impegno funzionale, fibromialgia, ipertensione arteriosa lieve, incontinenza urinaria in esiti a pregressa isteroannessiectomia, sindrome ansioso-depressiva lieve moderata, epatopatia cronica HBV correlata (doc. 74, perizia medica del 17 giugno 2010). Per quanto riguarda la diagnosi di spondilite anchilosante, va osservato che il Dott. Kristol nel rapporto del 31 dicembre 2010 (doc. 99) solleva dei dubbi sulla sua reale esistenza. Per il resto, il medico dell'UAIE conferma il quadro diagnostico.

9.2 Il quadro sanitario presente in occasione della seconda domanda di rendita non è molto mutato, vista anche la brevità del lasso di tempo intercorso dopo la prima decisione negativa del 10 marzo 2011. Dalla certificazione prodotta dall'interessata il 23 settembre 2011 risultano patologie come la spondiloartrite sieronegativa psoriasica ed un reumatismo fibromialgico. Si prende atto che l'interessata è stata ricoverata per 25 giorni in ospedale per, principalmente, broncopolmonite nonché virosi con poliradicolonevrite acuta. Nella diagnosi di ammissione vengono accennate le patologie di cui l'interessata è notoriamente portatrice. Altri referti non vengono più prodotti fino alla data della decisione del 6 febbraio 2012. In sede di ricorso, l'insorgente produce la perizia del 7 marzo 2012 del Dott. Sgarra, nella quale si insiste sulla diagnosi di spondilite anchilosante. In

sede di replica, la documentazione esibita conferma il complesso patologico menzionato e un referto d'esame al cicloergometro (28 agosto 2012) documenta la presenza di una cardiopatia ischemica sotto sforzo.

10.

10.1 Per quanto attiene alle conseguenze invalidanti delle menzionate affezioni, il Dott. Kristol nega che la situazione valetudinaria si sia modificata rispetto al periodo in cui la prima domanda di prestazioni venne negata.

10.2 Nell'ambito dell'istruttoria della prima domanda di rendita, che è stata respinta con decisione cresciuta in giudicato del 10 marzo 2011, il servizio medico dell'INPS ha ritenuto che la paziente era portatrice di una spondilite anchilosante (o spondilite con sacro-ileite bilaterale). Rispetto ai documenti prodotti con la seconda domanda di rendita non vi è una modifica rilevante del quadro patologico di cui soffre l'interessata. Dal punto di vista dell'assicurazione invalidità è determinante sapere quali siano le conseguenze di una malattia sulla capacità lavorativa residua di una persona (o la capacità di svolgere le sue mansioni consuete) e meno le questioni mediche relative alla definizione delle patologie in atto (cfr. consid. 8.2 sopracitato).

10.3

10.3.1 Ora, il Dott. Kristol, dopo avere esaminato sia la documentazione prodotta a suffragio della nuova domanda che quella esibita successivamente, rileva che i nuovi documenti fanno stato di alcune riacutizzazioni o patologie passeggera, ma non giustificano o suffragano un peggioramento duraturo della capacità di lavoro dell'assicurata. Il medico dell'UAIE osserva che il ricovero dell'aprile 2011 concerne un'infezione virale acuta polisettoriale (fra cui la broncopolmonite), ma non è indice di invalidità permanente; la RM della colonna lombare del 27 agosto 2011 (doc. 115) conferma la presenza di turbe degenerative, diverse protrusioni discali, in assenza di conflitto radicolare e, tutto sommato, fa stato di una situazione già conosciuta. Per l'essenziale, i documenti prodotti con la nuova domanda di rendita non sono significativi per sostenere un netto peggioramento della situazione di salute dell'interessata.

10.3.2 Pronunciandosi sulla perizia del Dott. Sgarra del 7 marzo 2012, il Dott. Kristol osserva come questa riprenda un quadro diagnostico già accertato nel 2010, senza apportare novità di rilievo. La descrizione dell'ap-

parato osteoarticolare svolta dal Dott. Sgarra, di per sé, non si traduce in limitazioni funzionali tali da impedire alla paziente il regolare svolgimento di un'attività in ambito domestico. Le altre patologie evocate (turbe dell'udito, ipertensione arteriosa, diabete tipo II, epatite – silente – di tipo B, disturbi ansiodepressivi reattivi) si trovano a uno stato lieve oppure iniziale; si tratta di patologie emendabili con opportuna cura farmacologica. Le altre patologie, come l'incontinenza urinaria, la diverticolosi iniziale del colon, il reflusso esofageo e la presenza di un angiomiolipoma al rene destro non assumono quelle caratteristiche di affezioni marcatamente invalidanti per svolgere i compiti usuali di un'economia domestica.

10.3.3 Il Dott. Kristol si pronuncia inoltre su quanto prodotto in sede di replica. Egli osserva, che la RM cervicale del 16 luglio 2012 è sovrapponibile a quella del 26 agosto 2010 e che il breve rapporto reumatologico del 28 giugno 2012 si limita a elencare le patologie già ampiamente conosciute. I documenti prodotti con la replica non comportano novità atte a lasciare trasparire una netta degenerazione delle condizioni di salute dell'assicurata. Il medico dell'UAIE lamenta il fatto questi referti trattano di problemi già ampiamente conosciuti e disturbi occasionali a causa dei quali l'assicurata, costantemente, fa appello ai servizi medici locali.

10.3.4 Per quel che si riferisce alla vera novità in campo diagnostico, ossia la comparsa alla prova al cicloergometro, di una cardiopatia ischemica, il Dott. Kristol è del parere che la descrizione del tracciato non permette di concludere con certezza alla positività del test. Il tracciato vero e proprio non viene prodotto ad atti ed il test è stato effettuato con l'assunzione di betabloccanti e non è quindi probante. Inoltre, neppure i sanitari italiani hanno ritenuto utile approfondire l'indagine cardiologica. Ad ogni modo, questo evento patologico nuovo, rispetto a tutte le altre patologie già presenti ed esaminate nel corso della prima domanda di prestazioni, si situa fuori dal periodo di cognizione giudiziaria e non può essere preso in considerazione dallo scrivente Tribunale (cfr. consid. 5.3).

11.

11.1 La valutazione del lavoro domestico si basa sulle indicazioni della richiedente stessa, le quali sono controllate in una certa misura dall'Ufficio AI. Il risultato è necessariamente una valutazione espressa dall'autorità inferiore (o dal giudice in caso di ricorso) alla luce delle perizie mediche ad atti. Il controllo giudiziario richiede che ogni punto della valutazione sia determinato con cura e precisione. Il risultato in percentuale che si ottiene non può essere arrotondato (DTF 127 V 129 consid. 5, VSI 2011 p. 265).

11.2 Nel caso in esame, una prima valutazione della capacità dell'interessata di effettuare i suoi compiti usuali nell'economia domestica era stata effettuata nell'ambito dell'istruttoria della prima domanda di rendita poi respinta (doc. 99). Il Dot. Kristol era giunto alla conclusione che l'interessata non presentava alcun impedimento. Per la seconda domanda di rendita, non si è proceduto ad una nuova valutazione poiché l'autorità inferiore non ha ravvisato alcun cambiamento della situazione valetudinaria dell'assicurata.

11.3 Il collegio giudicante non ha alcun motivo di scostarsi dal convincente parere del medico dell'UAIE, fondato sul corretto apprezzamento del caso concreto e sull'attento esame della documentazione medica ad atti. Si tratta infatti di osservazioni cliniche da cui si possono derivare utili, oggettivi e persuasivi elementi di giudizio atti a dimostrare che, nonostante le affezioni di cui è portatrice, A._____, entro la data della decisione in esame, sarebbe stata in grado di attendere alle sue usuali faccende domestiche in modo tale da escludere un'invalidità di rilievo ai fini della rendita. Non sussiste un sostanziale mutamento del grado d'invalidità rispetto alla situazione presente al momento in cui fu emanata la prima decisione di rifiuto di prestazioni assicurative il 10 marzo 2011.

In queste circostanze il ricorso deve essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

12.

12.1 A titolo di spese processuali si prelevano 400 franchi, che vengono compensate con l'anticipo di uguale importo versato dalla ricorrente il 9 dicembre 2012.

12.2 Visto l'esito del ricorso, non si assegnano indennità per spese ripetibili alla parte soccombente.

Per quel che concerne l'UAIE, le autorità federali non hanno diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 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]).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali, di 400 franchi, sono poste a carico della ricorrente e vengono compensate con l'anticipo da lei già fornito.

3.

Non vengono riconosciute indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

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

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Francesco Parrino

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 (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 [LTF, RS 173.110]). 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: