



Sentenza del 30 maggio 2011

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Michael Peterli e Franziska Schneider,
cancelliera Marcella Lurà.

Parti

A. _____,
rappresentata dal Patronato ACLI,
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 (decisione del 3 marzo 2009).

Fatti:**A.**

A.a A._____, cittadina italiana, nata il (...), ha lavorato in Svizzera nel 1968, nel 1969 (9 mesi), nel 1970 (11 mesi) e dal 1971 al 2004, solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo (doc. 5). Dall'aprile del 1990 al dicembre del 2004, è stata alle dipendenze dell'B._____ in qualità di segretaria, in ragione di 42 ore alla settimana. Il 31 dicembre 2004, ha interrotto l'attività a seguito di dimissioni (doc. 9). Rientrata in Italia, si è dedicata ai lavori della propria economia domestica (doc. 10). Il 7 febbraio 2005, ha formulato una prima richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1).

A.b Nel rapporto del 5 dicembre 2005, il dott. C._____, medico dell'UAIE, ha rilevato, sulla base della documentazione medica agli atti (doc. 14 a 48 e 54), che l'interessata è affetta segnatamente da spondiloartrosi cervicale senza deficit funzionale, ernia discale mediana C5-C6 senza mielopatia, stato dopo intervento con buon esito per epicondilita destra, lombalgia, prolasso mitralico con compensazione emodinamica nella norma, cisti multiple epatiche e renali senza incidenza biologica, mastopatia fibrocistica, asportazione di un lipoma dorsale. Il medico ha quindi ritenuto che la medesima presentava una capacità al lavoro completa (ossia del 100%) nella precedente attività di segretaria (doc. 51; v. anche presa di posizione del 23 novembre 2006 della dott.ssa D._____ [doc. 62]).

A.c Nella decisione su opposizione del 4 dicembre 2006, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha respinto l'opposizione presentata dall'interessata il 27 gennaio 2006 e confermato la decisione del 22 dicembre 2005, mediante la quale è stata respinta la domanda di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, ritenuto in particolare che malgrado il danno alla salute l'esercizio di un'attività lucrativa è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita (doc. 63; v. anche doc. 52).

A.d Con sentenza del 5 agosto 2008, il Tribunale amministrativo federale ha respinto il ricorso interposto dall'interessata il 21 dicembre 2006 contro la decisione su opposizione dell'UAIE del 4 dicembre 2006 (doc. 81; v. in particolare documentazione medica assunta agli atti [doc. 66 a 70 e 76] e rapporti medici del 3 aprile e 25 giugno 2007 della dott.ssa D._____ [doc. 74 e 78]).

B.

B.a Il 6 ottobre 2008, l'interessata ha formulato una seconda richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 82).

B.b Nel corso dell'istruttoria, l'UAIE ha in particolare assunto agli atti la seguente documentazione:

- documenti medici di data intercorrente da febbraio 2005 a settembre 2008 (doc. 87 a 96);

- la perizia medica particolareggiata E 213 del 28 ottobre 2008, da cui emerge la diagnosi di cardiopatia ischemico-ipertensiva, esiti di NSTEMI e di angioplastica coronarica transluminale percutanea (PTCA) e stent medicato su MO1, risposta clinica dubbia e risposta ecografica di tipo non ischemico alla scintigrafia miocardica da sforzo, valvulopatia mitralica, spondilodiscoartrosi con bulging discale C3-C4 e C6-C7, senza rilevanti deficit funzionali, buoni esiti di intervento per epicondilite destra; le condizioni di salute dell'interessata sono state definite come peggiorate, ma la stessa è stata ritenuta in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri nonché, e a tempo pieno, sia il suo ultimo lavoro sia un lavoro adeguato alle sue condizioni. È stato segnalato che l'interessata è considerata invalida al 55%, conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza, sia nella precedente attività sia in un'attività adeguata alle sue condizioni (doc. 97);
- il questionario per l'assicurato del 28 novembre 2008 (doc. 86).

C.

Nel rapporto del 14 gennaio 2009, il dott. E. _____, medico dell'UAIE, ha esposto la diagnosi principale di coronaropatia. Ha altresì considerato la spondiloartrosi cervico-lombare e il prollasso mitralico siccome senza ripercussioni sulla capacità lavorativa. Il dott. E. _____ ha quindi ritenuto che l'interessata presenta una capacità lavorativa intatta, dunque del 100%, nella precedente attività di impiegata amministrativa (doc. 99).

D.

Il 16 gennaio 2009, l'autorità inferiore, mediante progetto di decisione, ha comunicato all'assicurata che la domanda di prestazioni sarebbe stata respinta, ritenuto in particolare che il compimento delle mansioni consuete è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita. L'autorità inferiore ha altresì concesso all'interessata la facoltà di formulare nel termine di 30 giorni dalla ricezione del progetto di decisione delle obiezioni per iscritto (doc. 100).

E.

Il 29 gennaio 2009 (doc. 101), l'interessata ha presentato le sue osservazioni al progetto di decisione mediante le quali ha fatto valere d'essere invalida almeno nella misura del 50%. Ha esibito un certificato medico del 28 gennaio 2009 della dott.ssa F. _____ (doc. 102).

F.

Nel rapporto del 28 febbraio 2009, il dott. E._____ ha rilevato che il certificato medico del gennaio 2009 espone le note diagnosi, senza apportare alcun riscontro medico oggettivo suscettibile di giustificare un peggioramento dello stato di salute dell'interessata. Ha altresì segnalato che detto documento fa certo stato di ipertensione arteriosa, cisti renali e epatiche, esiti d'epicondilite destra, mastropatia fibrocistica e sindrome ansioso-depressiva, ma che tali disturbi non hanno alcuna ripercussione sulla capacità lavorativa dell'interessata. Il dott. E._____ ha quindi confermato la sua precedente valutazione (doc. 104).

G.

Il 3 marzo 2009, l'autorità inferiore ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha osservato che l'assicurata non ha subito un'incapacità al lavoro media sufficiente per un anno, ai sensi delle disposizioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. In particolare, ha precisato che malgrado il danno alla salute il compimento delle mansioni consuete è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita (doc. 105).

H.

Il 3 aprile 2009 (e il 6 maggio 2009, con atto di complemento), l'interessata ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE del 3 marzo 2009 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento di una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha segnalato che le sue condizioni di salute sono peggiorate. Ha ribadito d'essere invalida almeno nella misura del 50%. Ha altresì precisato d'essere casalinga "per forza e non per volontà" (ha pure evidenziato che "amavo il mio lavoro e le mie responsabilità e facevo tutto il possibile per non assentarmi"). Ha esibito un certificato medico del 1° aprile 2009 della dott.ssa F._____ (doc. TAF 1 e 6).

I.

Con versamenti dell'8 maggio e 4 giugno 2009 (doc. TAF 2 a 10), la ricorrente ha corrisposto l'anticipo spese richiesto.

J.

Nella risposta al ricorso del 12 agosto 2009, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del ricorso. In virtù dei rapporti medici del 14 gennaio 2009 e del 28 febbraio 2009 del proprio servizio medico, è stato stabilito che l'interessata non ha mai subito un'incapacità lavorativa di

livello pensionabile. L'autorità inferiore ha peraltro segnalato che il certificato medico del 1° aprile 2009 della dott.ssa F._____, sovrapponibile a quello del gennaio 2009 (già assunto agli atti e sottoposto al vaglio del servizio medico), espone le note diagnosi e non comporta nuovi elementi clinici di rilievo. Infine, ha precisato che ogni assicurato deve intraprendere tutto quanto sia esigibile per ovviare alle conseguenze della sua invalidità (doc. TAF 12).

K.

Nella replica del 9 ottobre 2009, la ricorrente si è riconfermata nelle argomentazioni in fatto e in diritto di cui al ricorso del 3 aprile 2009. Ha prodotto un nuovo certificato medico del 1° aprile 2009 della dott.ssa F._____, (doc. TAF 15).

L.

Nella duplice del 4 novembre 2009, l'autorità inferiore ha rilevato che la ricorrente non ha allegato alcun fatto nuovo suscettibile di giustificare un diverso apprezzamento della fattispecie. In particolare, ha sottolineato che il nuovo certificato medico del 1° aprile 2009 della dott.ssa F._____ è sovrapponibile a quelli del gennaio ed aprile 2009 precedentemente esibiti. L'autorità inferiore ha quindi nuovamente proposto la reiezione del ricorso (doc. TAF 17).

M.

Con provvedimento del 19 novembre 2009, questo Tribunale ha trasmesso la duplice alla ricorrente per conoscenza (doc. TAF 18).

N.

N.a Il 22 marzo 2010, la ricorrente ha prodotto documenti medici da febbraio a marzo 2010 (doc. TAF 19).

N.b Con provvedimento del 30 marzo 2010, questo Tribunale ha trasmesso all'autorità inferiore per conoscenza i documenti medici (doc. TAF 20).

Diritto:

1.

1.1. Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale [LTAF, RS 173.32]), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti).

1.2. Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'Ufficio AI per le persone residenti all'estero.

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

1.4. Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA), il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile.

2.

2.1. Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, nonché 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 (RS 0.831.109.268.1), che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e si sostituisce a qualsiasi convenzione di sicurezza sociale che vincoli due o più Stati (art. 6 Regolamento), come pure il Regolamento (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71 (RS 0.831.109.268.11). L'art. 3 del regolamento (CEE) n° 1408/71 sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri.

2.2. Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della

Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'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 il coordinamento dei 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 di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero.

2.3. L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 e (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71.

2.4. Per costante giurisprudenza, l'ottenimento di una pensione straniera d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2). Anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

3.1. Secondo l'art. 2 LPGA, le disposizioni della legge stessa sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano.

3.2. Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché DTF 129 V 1 consid. 1.2). Ne discende che si applicano, da un lato, le norme materiali in vigore fino al 31 dicembre 2007, per quanto attiene allo stato di fatto realizzatosi fino a tale data, mentre dall'altro lato, e per il periodo successivo, le nuove norme della 5a revisione della LAI (cf. DTF 130 V 1 consid. 3.2 per quanto concerne le disposizioni formali della LPGA, immediatamente applicabili con la loro entrata in vigore). La domanda di una rendita AI essendo stata presentata il 6 ottobre 2008 e la ricorrente avendo fatto valere un peggioramento del suo stato di salute a partire dal 2008, al caso in esame si applicano di principio le disposizioni della 5a revisione

della LAI entrate in vigore il 1° gennaio 2008. Giova altresì osservare, per sovrabbondanza, che l'applicazione del diritto previgente non avrebbe comportato, nella sostanza, un diverso esito della lite (cfr. sentenza del Tribunale federale 8C_972/2009 del 27 maggio 2010 consid. 2.1 a contrario; v. anche la sentenza del Tribunale amministrativo federale C-3121/2009 del 13 dicembre 2010 consid. 3).

3.3. La ricorrente, come già menzionato, ha presentato la richiesta di rendita il 6 ottobre 2008. L'art. 29 LAI prevede che il diritto alla rendita nasce al più presto dopo sei mesi dalla data in cui l'assicurato ha rivendicato il diritto alle prestazioni conformemente all'art. 29 cpv. 1 LPGA. Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene tuttavia conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e DTF 121 V 362 consid. 1b).

4.

Secondo le norme applicabili, ogni richiedente, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni:

- essere invalido ai sensi della LPGA e della LAI (art. 8 LPGA nonché art. 4, 28 e 28a LAI);
- aver pagato i contributi all'AVS/AI svizzera o ad un'assicurazione sociale assimilata (FF 2005 p. 4065; art. 45 del regolamento 1408/71) di uno Stato membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELS), durante tre anni (art. 36 cpv. 1 LAI), ferma restando la necessità di un periodo contributivo minimo in Svizzera di un anno (art. 36 cpv. 2 LAI in combinazione con l'art. 29 cpv. 1 LAVS; cfr. DTF 130 V 335 consid. 3 e 4).

La ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera per più 25 anni (doc. 5) e, pertanto, adempie in ogni caso la condizione della durata minima di contribuzione. Rimane ora da esaminare se sia invalida ai sensi di legge.

5.

5.1. L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la 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. 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).

5.2. Giusta l'art. 28 cpv. 2 LAI, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1 e sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 e relativi riferimenti).

5.3. L'art. 28 cpv. 1 LAI prevede che l'assicurato ha diritto a una rendita se la sua capacità al guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili (lettera a), ha avuto un'incapacità al lavoro (art. 6 LPGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione (lettera b) e al termine di questo anno è invalido (art. 8 LPGA) almeno al 40% (lettera c).

5.4. Un'incapacità al lavoro del 20% deve essere presa in considerazione per il calcolo dell'incapacità al lavoro media giusta l'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI (cfr. nota marginale 2020 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nel suo tenore applicabile fino al 31 dicembre 2007; *Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c*).

6.

6.1. La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, DTF 110 V 273 e DTF 105 V 205). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 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).

6.2. L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, 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.

6.3. Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 115 V 133 consid. 2 e DTF 114 V 310 consid. 3c).

6.4. Peraltro, e secondo un principio generale del diritto delle assicurazioni sociali, ogni assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno conseguente la sua invalidità (sentenza del Tribunale federale I 147/01 del 9 maggio 2001; DTF 123 V 230 consid. 3c e DTF 117 V 275 consid. 2b). In virtù di tale obbligo, l'assicurato deve intraprendere tutto quanto sia ragionevolmente esigibile per ovviare nel modo migliore possibile alle conseguenze della sua invalidità, segnatamente mettendo a profitto la sua residua capacità lavorativa se necessario in una nuova professione (sentenza del Tribunale federale I 543/03 del 27 agosto 2004; DTF 113 V 22 consid. 4a).

7.

7.1. Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGGA), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio i necessari accertamenti e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è

necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a).

7.2. Se gli accertamenti svolti d'ufficio permettono all'amministrazione o al giudice, che si sono fondati su un apprezzamento diligente delle prove, di giungere alla convinzione che certi fatti presentino una verosimiglianza preponderante, e che ulteriori misure probatorie non potrebbero modificare questo apprezzamento, è superfluo assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2a ed., Zurigo 2009, art. 42 n. 19 pag. 536; sentenza del Tribunale federale K 24/04 del 20 aprile 2005; DTF 122 II 464 consid. 4a). In tal caso, non sussiste una violazione del diritto costituzionale di essere sentito secondo l'art. 29 cpv. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n. 10 pag. 28).

7.3. In virtù degli art. 12 e 13 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, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente.

8.

8.1. Il giudice delle assicurazioni sociali deve esaminare in maniera obiettiva tutti i mezzi di prova, indipendentemente dalla loro provenienza, e poi decidere se i documenti messi a disposizione permettono di giungere ad un giudizio attendibile sulle pretese giuridiche litigiose. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione – ad esempio quale perizia o rapporto – ma il suo contenuto (DTF 125 V 351 consid. 3).

8.2. In particolare, per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie (sentenza del Tribunale

federale U 505/06 del 17 dicembre 2007). Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

8.3. Per quel che riguarda le perizie di parte, il Tribunale federale ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione (DTF 125 V 351). 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).

8.4. Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

9.

9.1. In materia d'assicurazioni sociali, il giudice fonda la sua decisione, salvo disposizioni di legge contrarie, su fatti che, senza poter essere stabiliti in modo irrefutabile, appaiono come i più verosimili, ossia che presentano un grado di verosimiglianza preponderante. Non è pertanto sufficiente che un fatto possa essere considerato come un'ipotesi possibile (DTF 126 V 353 consid. 5b e relativi riferimenti).

9.2. Al fine di determinare lo statuto della ricorrente, si deve segnatamente esaminare se la stessa, da sana, avrebbe consacrato l'essenziale della sua attività all'economia domestica o a un'occupazione lucrativa, questo

alla luce della sua situazione personale, familiare, sociale e finanziaria (cfr. sentenza del Tribunale federale I 382/04 del 18 ottobre 2005 e DTF 117 V 195).

9.3. Nel caso di specie, l'autorità inferiore ha motivato l'impugnata decisione del 3 marzo 2009 con l'indicazione che il compimento delle mansioni consuete è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita. Tuttavia, tale motivazione dell'autorità inferiore riferita allo statuto di casalinga appare dovuta ad una svista manifesta. Da un lato, nella decisione su opposizione del 4 dicembre 2006 concernente la prima domanda di rendita AI della ricorrente, l'autorità inferiore aveva ritenuto per la ricorrente lo statuto di impiegata e non di casalinga, senza che la ricorrente abbia censurato tale constatazione dei fatti nel successivo ricorso interposto dinanzi al Tribunale amministrativo e ciò benché essa si sarebbe dedicata dal 2005 ai lavori della propria economia domestica. Dall'altro lato, nel corso dell'istruttoria della seconda domanda di rendita AI depositata in Svizzera (oggetto della presente procedura), l'autorità inferiore – per quanto emerge dalle carte processuali – non ha esperito alcuna inchiesta domiciliare al fine di valutare l'impedimento della ricorrente a svolgere le mansioni di casalinga né richiesto all'insorgente di compilare il formulario per gli assicurati occupati nell'economia domestica. L'autorità inferiore ha inoltre indicato al proprio servizio medico che il grado d'invalidità della ricorrente doveva essere definito secondo il metodo generale del confronto dei redditi (doc. 98). Il medico dell'UAIE si è inoltre espresso nelle sue prese di posizione riguardo alla capacità lavorativa dell'insorgente nella precedente attività di impiegata amministrativa (doc. 99). Peraltro, con provvedimento dell'8 settembre 2009 (doc. TAF 13), questo Tribunale ha trasmesso alla ricorrente la risposta al ricorso, unitamente ai rapporti del servizio medico dell'UAIE del 14 gennaio e 28 febbraio 2009 (doc. 99 e 104), dai quali risulta che la stessa è stata ritenuta completamente abile nella precedente attività di impiegata amministrativa. All'insorgente, rappresentata da mandatario professionale, da un lato non poteva sfuggire che l'esame effettuato dall'autorità inferiore si fonda sullo statuto di impiegata amministrativa, e non di casalinga. Dall'altro lato, alla ricorrente è stata data facoltà in sede di ricorso – dinanzi ad un'autorità, il Tribunale amministrativo federale, che gode di piena cognizione – di pronunciarsi in merito alla valutazione della sua residua capacità lavorativa. La ricorrente ha peraltro essa stessa indicato con scritto del 6 maggio 2009 (doc. TAF 6) di essere casalinga "per forza e non per volontà". Visto quanto sopra, non poteva e non può che essere ritenuto che da sana l'insorgente avrebbe consacrato

la sua attività ad un'occupazione lucrativa a tempo pieno e che riconoscibilmente le valutazioni mediche su cui si fonda la decisione impugnata vertevano su questa (giusta) premessa.

10.

Dalla documentazione medica agli atti emerge che la ricorrente soffre segnatamente di cardiopatia ischemico-ipertensiva, esiti di NSTEMI e di PTCA e stent medicato su MO1, valvulopatia mitralica, spondilodiscoartrosi con bulging discale C3-C4 e C6-C7, senza rilevanti deficit funzionali, buoni esiti di intervento per epicondilitite destra, ipertensione arteriosa, cisti renali e epatiche, mastropatia fibrocistica e prolasso mitralico (cfr. perizia medica particolareggiata E 213 del 28 ottobre 2008 [doc. 97] e prese di posizione del servizio medico dell'UAIE del 14 gennaio e 28 febbraio 2009 [doc. 99 e 104]).

11.

11.1. Nella fattispecie in esame, occorre determinare se, e a partire da quando, la ricorrente abbia subito, e senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media di almeno il 40% durante un anno giusta l'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI.

11.2. Dalle carte processuali emerge che la ricorrente è stata alle dipendenze dell'B._____, come segretaria, dal 1990. Il 31 dicembre 2004, ha interrotto il lavoro a seguito di dimissioni (doc. 9). Non appare dalle carte processuali che successivamente abbia ancora lavorato, neppure dopo il rimpatrio (doc. 10).

11.3. L'UAIE ha respinto la seconda domanda di rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità fondandosi sulle valutazioni del dott. E._____, medico dell'UAIE. Nei rapporti del 14 gennaio e 28 febbraio 2009, il dott. E._____ ha in particolare rilevato che il referto di visita cardiologica del 4 giugno 2007 (doc. TAF 21) attesta un buon risultato finale dopo l'intervento di rivascolarizzazione e fa stato di dolori al torace, ma tali disturbi non giustificano una modifica della terapia, che nel verbale di pronto soccorso del 7 giugno 2007 (doc. TAF 21) è indicato che la ricorrente presenta tremore ed agitazione, ma senza dolori al torace, che il test da sforzo del 21 agosto 2007 (doc. TAF 21) è stato interrotto per affaticamento e dolore toracico, che il test da sforzo del 1° febbraio 2008 (doc. TAF 21) è stato interrotto per esaurimento muscolare, ma con risposta clinica ed ecografica di tipo non ischemico, e che il referto di scintigrafia miocardica da sforzo del 17 luglio 2008 (doc. 92)

conclude all'assenza di significativi difetti di perfusione. Ha inoltre constatato che l'insorgente soffre di cervicalgia e lombalgia con presenza di alterazioni degenerative (in particolare, i referti degli esami del 28 agosto e 23 settembre 2008 [doc. 93 e 95] evidenziano alterazioni artrosiche cervicali e lombari nonché discopatia C3-C4, C6-C7 e L3-S1, ma senza immagini riferibili ad ernie discali). Il medico ha dunque ritenuto che, in virtù della documentazione medica esibita, non è ravvisabile alcun peggioramento determinante dello stato di salute della ricorrente dal profilo osteo-articolare e dal profilo cardiaco. Lo stesso è nella sostanza identico a quello esistente al momento della presa di posizione del servizio medico dell'UAIE del dicembre 2005. Peraltro, secondo detto medico, le ulteriori patologie di cui è affetta l'insorgente non comportano altresì alcuna incapacità lavorativa, fermo restando che la sindrome ansioso-depressiva non è confermata da alcun certificato psichiatrico o trattamento farmacologico. Il dott. E. _____ ha quindi concluso che la ricorrente è completamente abile nella precedente attività di impiegata amministrativa (doc. 99 e 104).

11.4. Questo Tribunale non ha motivo di scostarsi dal suddetto apprezzamento, ritenuto come lo stesso trovi fondamento anche nella perizia medica particolareggiata E 213 del 28 ottobre 2008 (doc. 97). In effetti, il medico incaricato dell'esame ha indicato che l'insorgente è in grado di svolgere, e a tempo pieno, sia il suo ultimo lavoro come pure un lavoro sostitutivo adeguato alle sue condizioni (doc. 23 pag. 9 n. 11.4 a 11.6). Nella perizia E 213 è stata certo evidenziata un'invalidità del 55%, per qualsiasi attività, ritenuta in Italia conformemente alle disposizioni di legge di detto Paese. Sennonché, a tale riguardo giova rammentare che la valutazione di un'autorità straniera con riferimento all'incapacità lavorativa di un assicurato non vincola di principio le autorità svizzere nell'apprezzamento del caso secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2 nonché consid. 2.4 del presente giudizio), fermo restando che il medico dell'INSP stesso si è distanziato da quanto ritenuto dalle autorità italiane sull'incapacità lavorativa.

11.5. La ricorrente ha fatto valere, in sede di ricorso, di avere sicuramente diritto ad una prestazione dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Sennonché, agli atti di causa non figura alcun documento medico di data anteriore alla decisione impugnata che concluda ad un'incapacità dell'insorgente uguale o superiore al 40% nella sua precedente attività suscettibile di giustificare la concessione di una rendita d'invalidità svizzera. In particolare, i certificati medici del 1° aprile 2009 della dott.ssa

F._____ (doc. TAF 1 e 15), entrambi peraltro di data posteriore alla decisione impugnata, si esauriscono in una semplice enumerazione di affezioni di cui soffrirebbe la ricorrente (il disturbo psichico non è peraltro stato diagnosticato da uno specialista in psichiatria), che non è corroborata da risconti medici oggettivi, ed in un generico apprezzamento delle conseguenze delle affezioni, che appare peraltro fondarsi su una valutazione dell'invalidità come vigente in Italia non conciliabile con il sistema svizzero. Non soccorrono l'insorgente neppure i referti cardiaci del 23 febbraio e 19 marzo 2010 (doc. TAF 19), referti peraltro di data posteriore alla decisione impugnata. Negli stessi è indicato che la ricorrente avrebbe dovuto sottoporsi ad una coronarografia nonché fatto stato segnatamente di persistenza di angina da sforzo stabile, episodi di cardiopalmo, lieve soffio sistolico, ritmo sinusale con discreta variabilità di frequenza cardiaca, ma con toni ritmici, conduzione nella norma, circolo in compenso ed assenza di aritmie. In conclusione, l'insorgente non ha presentato, in sede ricorsuale, argomenti o mezzi di prova suscettibili di far sorgere dei dubbi sulla valutazione del dott. E._____, fondata a sua volta sulla perizia medica particolareggiata E 213 dell'ottobre 2008.

12.

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

13.

13.1. Visto l'esito della procedura, le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico della ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché art. 3 lett. b del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse sono computate con l'anticipo spese, di identico ammontare, corrisposto dall'insorgente con versamenti dell'8 maggio e 4 giugno 2009.

13.2. Alla ricorrente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario). Peraltro, le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (v., fra l'altro, DTF 127 V 205).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico della ricorrente. L'anticipo spese di fr. 300.--, corrisposto con versamenti dell'8 maggio e 4 giugno 2009, è computato con le spese processuali

3.

Non si attribuiscono spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

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

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

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: