



Corte III
C-3736/2011

Sentenza del 20 novembre 2012

Composizione

Giudice unica Elena Avenati-Carpani,
cancelliere Dario Quirici.

Parti

A. _____,
patrocinata dall'avv. Patrizia Zannini,
Via Benedetto Croce n°10, IT-04022 Fondi,
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 17 maggio 2011.

Fatti:**A.**

A._____, cittadina italiana nata il ..., coniugata, ha lavorato in Svizzera come commessa dal 1970 al 1981, versando i relativi contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI; doc. 131).

B.

L'assicurata aveva presentato all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) una prima domanda di rendita d'invalidità svizzera il 5 ottobre 2006 (doc. 4), la quale era stata respinta, per carenza d'invalidità di livello pensionabile, con decisione del 19 agosto 2008 (doc. 106), in particolare sulla base dei rapporti del dott. B._____, medico dell'UAIE, del 23 agosto 2007 e 5 giugno 2008 (doc. 61 e 95), facenti stato della diagnosi, influente sulla capacità lavorativa, di diminuzione dell'acuità visiva bilaterale d'origine centrale (cfr. certificato oftalmologico del 1° settembre 2005 [doc. 26], in cui è riportato un visus naturale di 1/20 a destra e 1/30 a sinistra, con correzione aumentato a 2/10 e 1/20, nonché la relazione d'esame oftalmologico del 14 febbraio 2008 [doc. 89], che riferisce un visus da lontano di 1/60 a destra e 1/20 a sinistra, senza miglioramento con lenti), e, senza una tale influenza, di minima emiparesi destra, di esiti da attacco ischemico transitorio nel 2003 e da pericardite nel 2004 e 2005, d'incontinenza sfinterale di secondo stadio su cistocele e di episodi di dolori toracici, il primo rapporto formulando un'incapacità lavorativa del 100% per qualsiasi attività dal settembre 2005, il secondo dello 0% per i lavori domestici.

Contro questa decisione, l'assicurata aveva inoltrato ricorso a questo Tribunale il 30 settembre 2008, il quale era stato dichiarato irricevibile poiché tardivo (doc. 114). Il susseguente ricorso al Tribunale federale era pure stato dichiarato irricevibile poiché non motivato (doc. 118).

C.

Il 4 agosto 2009, per il tramite dell'Istituto nazionale italiano della previdenza sociale (INPS), l'assicurata ha formulato all'UAIE una seconda domanda di rendita d'invalidità svizzera (doc. 119 a 130), la cui istruzione ha permesso di acquisire, tra gli altri, i documenti seguenti:

- il questionario per assicurati occupati nell'economia domestica, dell'8 novembre 2010 (doc. 135), dal quale si evince, in particolare, che l'economia domestica dell'assicurata si compone di tre persone, viventi in uno spazio di tre locali, che quest'ultima non è più in grado di compiere alcuna mansione domestica (lavare, stirare, cucinare ...), ricorrendo a questo scopo all'aiuto di membri della sua famiglia, e che percepisce una pensione d'invalidità civile italiana dal 1° gennaio 2006,
- il questionario per l'assicurata, pure dell'8 novembre 2010 (doc. 136), dal quale risulta che quest'ultima ha svolto in Italia un lavoro da indipendente (dettaglio di calzature) dal 22 agosto 1984 al 31 dicembre 2004, attività che avrebbe cessato di esercitare per ragioni di salute,
- un verbale di visita medica collegiale eseguita in Italia, del 28 luglio 2006 (doc. 139), facente stato in particolare di una cardiopatia valvolare in seconda classe NYHA (New York Heart Association) e di un grado d'invalidità, con totale e permanente inabilità lavorativa, del 100%,
- un referto radiografico della colonna dorsale e lombosacrale, del 12 gennaio 2009 (doc. 140), rivelante specialmente una rotoscoliosi, delle marcate alterazioni artrosiche ed una demineralizzazione diffusa dei segmenti ossei del rachide,
- un primo certificato del dott. C._____, chirurgo, del 20 aprile 2009 (doc. 143), descrivente un aggravamento delle condizioni psicofisiche generali nonché della cardiopatia valvolare in terza classe NYHA, delle spondilodiscoartrosi multiple con notevole riduzione della funzionalità della colonna che necessita di busto ortopedico, una notevole riduzione del visus e dell'udito, un'incontinenza sfinterale, come pure la comparsa di episodi ricorrenti invalidanti di tachicardia parossistica, d'emisindrome piramidale destra con episodi ricorrenti di amnesia e disorientamento spazio-temporale da ischemia cerebrale, un'ipertensione arteriosa, degli esiti da pericardite (tre episodi) e un diabete mellito, patologie a seguito delle quali l'assicurata non è più in grado di attendere agli atti quotidiani della vita, per cui necessita di assistenza continua da parte di un familiare,
- un secondo certificato del dott. C._____, del 13 luglio 209 (doc. 144), di difficile lettura, in cui è riferita in particolare la presenza di una cardiopatia valvolare in seconda classe NYHA,

- un referto d'esame ecografico dell'addome, del 28 settembre 2009 (doc. 145), facente specialmente stato di una modesta iperecogenicità epatica per steatosi e di una formazione ipoecogena epatica,
- un referto di risonanza magnetica (RM) del ginocchio sinistro, del 28 settembre 2009 (doc. 146), rilevante in particolare una marcata disomogeneità del segnale dei legamenti crociato posteriore, collaterali e rotuleo,
- un referto di tomografia computerizzata (TC) dell'addome, del 18 novembre 2009 (doc. 147), in cui è riportata, tra le diverse descrizioni degli organi interni e del loro stato, la presenza di linfonodi di grandezza patologica,
- una perizia medica particolareggiata E 213 del dott. D._____, medico dell'INPS, del 14 luglio 2010 (doc. 148), in cui è innanzitutto riportato che l'assicurata non collabora e non accusa sintomi specifici al di fuori della dichiarazione di un generico stato di malattia, con un tono dell'umore atteggiato a depresso, e che dichiara un deficit visivo per la lettura, sono diagnosticati un riferito regresso episodio di attacco ischemico transitorio (TIA) senza evidenti postumi neurologici, un'ipertensione ben controllata dalla terapia ed un visus utile, ed è descritta una piena capacità lavorativa per l'ultima attività svolta e per occupazioni adeguate, il grado d'invalidità essendo cionondimeno valutato, secondo il diritto italiano, al 50%.

D.

L'UAIE ha quindi sottoposto l'incarto alla valutazione del proprio servizio medico, nella persona del dott. B._____, il quale, mediante rapporto finale del 6 gennaio 2011 (doc. 152), ha ritenuto la diagnosi di disturbi degenerativi diffusi del rachide, di diminuzione della vista d'origine centrale, di esiti da attacco ischemico transitorio nel 2003, attualmente senza sequele, e da pericardite nel 2004 e 2005, nonché d'incontinenza sfinterale operata, ed ha formulato un'incapacità lavorativa dello 0% per le mansioni domestiche.

L'UAIE, ricordandosi come l'inizio della malattia dell'assicurata si era manifestato posteriormente (2005) alla cessazione della sua attività lavorativa (2004), ciò che aveva implicato l'applicazione del metodo specifico per il calcolo della rendita nel quadro della prima domanda, ha chiesto al dott. B._____, il 3 febbraio 2011 (doc. 153), se fosse plausibile che un inizio di malattia con un'incapacità lavorativa di almeno il 20%, avesse potuto dichiararsi già nel 2004, quando l'assicurata ancora

lavorava, nel qual caso sarebbe stato necessario applicare il metodo generale nell'ambito della presente domanda.

Il dott. B._____ si è quindi nuovamente pronunciato sul caso il 15 febbraio 2011 (doc. 154), affermando che, viste le dichiarazioni dell'assicurata, in particolare quelle riportate nel formulario relativo all'economia domestica, i valori oftalmologici prodotti in passato dovevano essere considerati errati, per concludere che l'interessata è sempre stata in grado di lavorare come commessa e che non vi è stata alcuna incapacità lavorativa di lunga durata in nessun momento, ma solo durante dei corti periodi nel 2004 e 2005 a causa delle pericarditi. Il medico dell'UAIE ha quindi confermato la diagnosi formulata nel suo rapporto del 6 gennaio 2011, stabilendo un'incapacità lavorativa dello 0% sia rispetto all'attività abituale, sia rispetto alle mansioni dell'economia domestica.

E.

Il 1° marzo 2011 l'UAIE ha quindi stilato un progetto di decisione (doc. 155), con il quale ha prospettato all'assicurata il rigetto della sua domanda di rendita d'invalidità, invitandola nel contempo a formulare eventuali osservazioni entro un termine di trenta giorni.

Con lettera del 28 marzo 2011 (doc. 163), per il tramite del suo avvocato, l'assicurata si è opposta al progetto, facendo valere di non potere più svolgere le mansioni consuete, ed ha allegato della documentazione medica, in parte già agli atti (doc. 157 a 162), tra cui due verbali di pronto soccorso, uno del 4 gennaio 2011 (doc. 160), facente stato di un ritmo sinusale dell'asse elettrico equilibrato e di un collo libero con nervi cranici funzionali, e un altro del 25 marzo 2011 (doc. 162), in cui sono riportati un murmure vescicolare (MV) fisiologico su tutto l'ambito polmonare, senza rumori umidi aggiunti, un'azione cardiaca ritmica con toni validi, polsi periferici normoisofimici, senza sintomi attuali di angor o dispnea e senza edemi declivi, nonché un referto radiografico del 26 marzo 2011 (doc. 161), in cui è descritta una colonna cervicale con integrazione di proiezioni dinamiche ed oblique.

Il dott. B._____ ha preso posizione su questi documenti medici il 28 aprile 2011 (doc. 166), rilevando che essi non apportano nuovi elementi suscettibili di modificare la valutazione del caso.

Il 17 maggio 2011 (doc. 170) l'UAIE ha quindi emanato la corrispondente decisione di rigetto della domanda di rendita.

F.

Contro questa decisione, rappresentata dal suo avvocato, l'assicurata ha inoltrato ricorso al Tribunale amministrativo (TAF) il 28 giugno 2011 (incarto TAF, doc. 1), chiedendo, previo annullamento della stessa, che le sia riconosciuto il diritto ad una rendita d'invalidità dal settembre 2009, tenuto conto che è stata dichiarata invalida al 100% in Italia e che le sue condizioni psicofisiche si sono aggravate notevolmente, tanto da non consentirle più di eseguire gli atti quotidiani della vita senza l'assistenza continua da parte di un familiare.

L'UAIE ha risposto al ricorso il 30 agosto 2011 (incarto TAF, doc. 3), chiedendone il rigetto con la conseguente conferma della decisione impugnata.

G.

La ricorrente ha replicato il 3 ottobre 2011 (incarto TAF, doc. 6), confermando la propria richiesta, a supporto della quale ha esibito un verbale di pronto soccorso del 18 settembre 2011, in cui sono descritti un'azione cardiaca ritmica con toni parafonici senza segni di scompenso emodinamico in atto, ed un certificato del dott. C._____, del 30 settembre 2011, in cui è riferito che il quadro diagnostico conosciuto si è ulteriormente aggravato, implicante assistenza ospedaliera per risolvere le frequenti riacutizzazioni, ciò che impedisce la ricorrente di lavorare ed eseguire gli atti quotidiani della vita senza l'assistenza continua da parte di un familiare.

Il dott. B._____ ha espresso nuovamente il proprio parere il 25 ottobre 2011 (doc. 173), affermando che i documenti appena menzionati non presentano elementi suscettibili di modificare l'apprezzamento del caso.

L'UAIE ha duplicato il 28 ottobre 2011 (incarto TAF, doc. 8), confermando le proprie conclusioni.

H.

Con decisione incidentale del 3 novembre 2011 (incarto TAF, doc. 9), questo Tribunale ha trasmesso alla ricorrente copia della duplice e dell'ultimo rapporto del medico dell'UAIE, invitandola nel contempo a versare un anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 400.-. Il relativo pagamento è stato effettuato il 14 dicembre 2011.

Peraltro, con scritto del 5 dicembre 2011, ricevuto da questo Tribunale il 12 seguente (incarto TAF, doc. 12), la ricorrente ha ancora trasmesso

documenti medici, in parte già agli atti, tra i quali un referto d'esame ecocardiografico, del 6 ottobre 2011, ed un certificato del dott. C._____, del 28 novembre 2011, di difficile lettura.

I.

Il 4 gennaio 2012 l'UAIE ha comunicato a questo Tribunale che, secondo le sue ricerche per il tramite della Posta svizzera, risultava che la decisione avversata era stata notificata alla ricorrente il 27 maggio 2011 (incarto TAF, doc. 11 e 14).

Mediante ordinanza del 10 agosto 2012 (incarto TAF, doc. 15), questo Tribunale ha quindi chiesto alla ricorrente di pronunciarsi sull'apparente tardività della sua impugnativa. Con scritto del 31 agosto 2012, la ricorrente ha negato che tale sia il caso, esibendo un estratto dal sito Internet delle Poste italiane, dal quale si evince che la decisione impugnata si trovava ancora in giacenza presso il centro postale di Fondi il 27 maggio 2011 (incarto TAF, doc. 16).

Diritto:

1.

1.1 In virtù dell'art. 31 della legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (LTAF, RS 173.32), questo tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021), 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 portate davanti al Tribunale amministrativo federale conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).

Di conseguenza, questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

1.2 Secondo l'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). In conformità

con l'art. 2 LPGA, 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 LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

1.3 Conformemente all'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. Il ricorso deve essere interposto entro trenta giorni dalla notificazione della decisione o della decisione contro cui l'opposizione è esclusa (art. 60 LPGA). Esso deve contenere le conclusioni, i motivi, l'indicazione dei mezzi di prova e la firma del ricorrente o del suo rappresentante, con allegati la decisione impugnata e i documenti indicati come mezzi di prova, se sono in possesso del ricorrente (art. 52 cpv. 1 PA).

1.4 In concreto, dagli atti risulta che, secondo le ricerche della Posta svizzera, la decisione impugnata è stata notificata alla ricorrente il 27 maggio 2011 (v. foglio "Reclamo" dell'8 luglio 2011, firmato dalle Poste italiane; incarto TAF, doc. 14). Ciò rilevato, la ricorrente ha prodotto un estratto dal sito Internet delle stesse Poste italiane, dal quale appare che la detta decisione si trovava ancora in giacenza, il 27 maggio 2011, presso il centro postale di Fondi. Date queste circostanze, questo Tribunale considera il presente ricorso tempestivo nonché ammissibile, nella misura in cui è stato presentato nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA), e visto che l'anticipo di Fr. 400.-, relativo alle spese processuali, è stato versato nel termine impartito.

2.

2.1 La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea. È applicabile quindi, di principio, 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 parte, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681).

2.2 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 alla 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 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 n. 1408/71 (RU 2005 3909, RU 2009 621, RU 2009 4845).

2.3 Secondo l'art. 3 del Regolamento 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).

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.

Relativamente al diritto applicabile, deve essere ancora precisato che, a partire dal 1° gennaio 2008, la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 6 ottobre 2006 (5^a revisione), ritenuto tuttavia il principio secondo il quale le norme applicabili sono quelle in vigore al

momento in cui dei fatti giuridicamente rilevanti si sono verificati (ATF 130 V 445 consid. 1.2).

4.

La ricorrente contesta la validità materiale della decisione dell'UAIE, chiedendo che le sia riconosciuto il diritto ad una rendita d'invalidità.

5.

Secondo le norme applicabili, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione per l'invalidità svizzera, una cittadina italiana deve, cumulativamente, essere invalida ai sensi della legge svizzera ed avere versato contributi all'AVS/AI svizzera durante almeno tre anni (art. 36 LAI). A tale fine è possibile prendere in considerazione anche i contributi versati ad un'assicurazione sociale assimilata di uno Stato membro dell'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 pag. 4065; art. 45 del Regolamento n. 1408/71).

In concreto, è pacifico che la ricorrente adempie la condizione della durata minima di contribuzione. Rimane ora da esaminare se sia invalida ai sensi di legge.

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'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'ALC, 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 svizzero o dell'UE e vi risiede.

6.3 L'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni: (a) la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili; (b) ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e (c) al termine di questo anno è invalido almeno al 40%. Tuttavia, 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'articolo 29 cpv. 1 LPGGA, ma al più presto a partire dal mese seguente il compimento dei diciotto anni (art. 29 cpv. 1 LAI).

6.4 Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA, nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

6.5 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 cpv. 1 LAI e 8 cpv. 1 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, 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. 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 Qualora una prima (o seconda) 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. 2 e 3 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 (DTF 109 V 114 consid. 2a). 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 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPG, art. 87 segg. OAI, *Jurisprudence et pratique administrative* [Pratique VSI] 1999 pag. 8, DTF 117 V 198).

7.2 Se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modifica, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta (art. 17 cpv. 1 LPG). In particolare, se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere mansioni consuete peggiora, occorre tenere conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI).

8.

Il giudice delle assicurazioni sociali analizza 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 130 V 445 consid. 1.2), potendo tuttavia tenere conto dei fatti verificatisi dopo la data della decisione impugnata quando essi possono imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 130 V 138, vedi anche 121 V 366 consid. 1b, 116 V 248 consid. 1a). Egli 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 (DTF 125 V 352 consid. 3a). Per costante giurisprudenza le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi d'apprezzamento del danno invalidante, allorché permettono di valutare l'incapacità lavorativa e di guadagno dell'interessato in un'attività da lui ragionevolmente esigibile (DTF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314).

consid. 3c). 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, 122 V 160). Per quel che riguarda i rapporti concernenti il medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (DTF 125 V 353; VSI 2001 p. 109).

9.

9.1 In concreto, la prima decisione di rifiuto della domanda di rendita è stata emessa dall'UAIE il 19 agosto 2008 (doc. 106), mentre la seconda, qui avversata, il 17 maggio 2011 (doc. 170). Ne consegue che il periodo di riferimento per giudicare se sia intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità, può essere limitato all'arco di tempo intercorrente dal 19 agosto 2008 al 17 maggio 2011.

9.2 Dall'insieme della documentazione medica agli atti e, in particolare, dalla perizia particolareggiata E 213 del dott. D._____, medico dell'INPS, del 14 luglio 2010 (doc. 148), e dal rapporto finale del dott. B._____, medico dell'UAIE, del 6 gennaio 2011 (doc. 152), nonché dai suoi pareri del 15 febbraio e 25 ottobre 2011 (doc. 154 e 173), risulta la diagnosi di disturbi degenerativi diffusi del rachide, di diminuzione della vista d'origine centrale con visus cionondimeno utile, di esiti da attacco ischemico transitorio nel 2003, attualmente senza sequele, e da pericardite nel 2004 e 2005, nonché d'incontinenza sfinterale operata.

Visto il carattere univoco di questa diagnosi, del resto non contestata dalla ricorrente, il collegio giudicante non vede nessun valido motivo per scostarsene.

9.3 Rispetto alle conseguenze invalidanti delle affezioni diagnosticate, il dott. D._____ ha constatato, nella perizia E 213, che la capacità lavorativa della ricorrente risulta essere completa sia per l'attività di commessa, sia per altre occupazioni confacenti al suo stato di salute, fissando cionondimeno un grado d'invalidità, secondo il diritto italiano, del 50%, senza peraltro indicare le ragioni di un tale valore.

A proposito dei problemi visivi, il medico dell'INPS ha constatato un visus utile, mentre il dott. B. _____ ha negato, nel suo parere del 15 febbraio 2011, l'attendibilità dei valori oftalmologici presentati durante la procedura relativa alla prima domanda di rendita, e ciò per il fatto che la ricorrente, nel quadro della seconda domanda di rendita, non si è più riferita ad essi e non ha più esibito alcun documento specialistico. A parte il primo certificato del dott. C. _____, chirurgo, del 20 aprile 2009 (doc. 143), che menziona una notevole riduzione del visus senza specificare alcun valore, la ricorrente si è in seguito limitata ad indicare, nell'ambito dell'esame relativo alla perizia E 213, un deficit visivo alla lettura, circostanza che non ha comunque impedito il medico dell'INPS di qualificare il visus, come già ricordato, di utile.

Il dott. B. _____ ha inoltre rilevato, sempre nello stesso parere, che non vi è mai stata alcuna incapacità lavorativa di lunga durata né per l'attività di commessa, né per le mansioni relative all'economia domestica, la pericardite del 2004 e 2005 avendo indotto un'incapacità lavorativa unicamente di corta durata.

9.4 Nell'ambito della presente procedura, il medico dell'UAIE ha specialmente sottolineato, nel suo ultimo parere del 25 ottobre 2011, che il certificato del dott. C. _____, del 30 settembre 2011, si limita a menzionare, tra gli altri elementi diagnostici già noti, una riduzione del visus, senza quantificarne la gravità, per concludere che questa circostanza, unitamente alla presumibile scarsa collaborazione in generale della ricorrente, rilevata espressamente dal dott. D. _____, rende i valori oftalmologici, contenuti nel certificato del 1° settembre 2005 e nella relazione del 14 febbraio 2008 (doc. 89), la quale riferisce un visus da lontano di 1/60 a destra e 1/20 a sinistra, senza miglioramento con lenti, non plausibili.

9.5 Tenuto conto di quanto precede, il collegio giudicante può quindi ritenere che, durante il periodo dal 19 agosto 2008 al 17 maggio 2011, lo stato di salute della ricorrente non si è deteriorato rispetto al passato, dimodoché non sussiste alcun diritto ad una rendita d'invalidità svizzera.

10.

Di conseguenza, il ricorso deve essere respinto e la decisione impugnata confermata.

11.

In virtù dell'art. 24 cpv. 1 LTAF, il giudice dell'istruzione decide quale

giudice unico circa lo stralcio dal ruolo delle cause divenute prive di oggetto (lett. a) e la non entrata nel merito di impugnazioni manifestamente inammissibili (lett. b). Sono fatte salve, conformemente al cpv. 2, le competenze del giudice unico secondo le leggi federali in materia di assicurazioni sociali.

Ai sensi dell'art. 85^{bis} cpv. 3 della legge federale sull'assicurazione per la vecchiaia e i superstiti (LAVS, RS 831.10), se l'esame preliminare, anteriore o posteriore a uno scambio di scritti, rileva che il ricorso al Tribunale amministrativo federale è inammissibile o manifestamente infondato, un giudice unico può, con motivazione sommaria, pronunciare la non entrata in materia o il rigetto. Questa disposizione è applicabile anche in ambito dell'assicurazione invalidità, conformemente all'art. 69 cpv. 2 3^a frase LAI.

In concreto, questo Tribunale può quindi pronunciare, quale giudice unico, il rigetto del presente ricorso manifestamente infondato.

12.

Secondo l'art. 63 cpv. 1 PA, le spese processuali sono di regola messe a carico della parte soccombente. In concreto, visto l'esito della procedura, le spese processuali di Fr. 400.- sono poste a carico della ricorrente e compensate con l'anticipo dello stesso ammontare, versato il 14 dicembre 2011.

In conformità con l'art. 64 cpv. 1 PA, l'autorità di ricorso, se ammette il ricorso in tutto o in parte, può assegnare al ricorrente una indennità per le spese indispensabili e relativamente elevate che ha sopportato (spese ripetibili). Considerato l'esito della procedura, non si assegnano alla ricorrente indennità per spese ripetibili.

Per quanto 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 Fr. 400.- sono poste a carico della ricorrente e compensate con l'anticipo dello stesso importo, versato il 14 dicembre 2011.

3.

Non si assegnano indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione:

- al rappresentante della ricorrente (Raccomandata/AR);
- all'autorità inferiore (n. di rif. ...; Raccomandata);
- all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, Berna (Raccomandata).

La giudice unica:

Il cancelliere:

Elena Avenati-Carpani

Dario Quirici

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: