



Corte III
C-3953/2012

Sentenza del 15 gennaio 2013

Composizione

Giudice unica Elena Avenati-Carpani,
cancelliere Dario Quirici.

Parti

A. _____,
patrocinata dagli avvocati Rodolfo Barsi e Franco Papadia,
viale O. Quarta 16,
IT-73100 Lecce,
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 giugno 2012).

Fatti:**A.**

A._____, cittadina italiana nata il ..., coniugata e madre di tre figli, ha lavorato come cassiera dapprima in Svizzera, dal 1973 al 1981 e dal 1983 al 1986, versando i relativi contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI), quindi in Italia fino ad aprile 2004, dopodiché si è dedicata ai lavori della propria economia domestica e all'educazione dei propri figli (cfr. atti, *passim*).

B.

L'8 maggio 2007, per il tramite dell'Istituto nazionale italiano della previdenza sociale (INPS), l'assicurata aveva formulato all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) una prima domanda di rendita d'invalidità svizzera, la cui istruzione aveva permesso di stabilire la diagnosi di esiti da frattura della mandibola (1991) e da isteroannessiectomia totale (1998), di sindrome depressiva nonché di cervicolumbodiscoartrosi senza deficit neurologici periferici. Mediante decisione del 17 marzo 2008, l'UAIE aveva respinto la domanda per carenza d'invalidità di livello pensionabile. Questa decisione è cresciuta in giudicato senza essere stata impugnata.

C.

Il 5 agosto 2008, per il tramite dell'INPS, l'assicurata aveva presentato una seconda domanda di rendita d'invalidità, la cui istruzione aveva rivelato la stessa diagnosi che in precedenza, con l'aggiunta di un'ipertensione arteriosa e di un diabete mellito di tipo II, dimodoché l'UAIE aveva deciso, il 6 maggio 2009, di non entrare in materia. Anche questa decisione è cresciuta in giudicato senza essere stata avversata.

D.

Il 19 maggio 2009, sempre per il tramite dell'INPS, l'assicurata ha formulato una terza domanda di rendita sulla base dell'ultima diagnosi nota, comprensiva inoltre di una gonartrosi, di segni neuropatici, di un'emicrania e di una sindrome vertiginosa, la cui procedura si è conclusa con una decisione di rigetto della richiesta, emanata dall'UAIE l'11 febbraio 2010 (doc. 130 a 176), e ciò per difetto di carattere invalidante delle affezioni diagnosticate.

Contro questa decisione l'assicurata ha inoltrato al Tribunale amministrativo federale, il 22 marzo 2010, ricorso, il quale è stato

parzialmente accolto mediante sentenza del 22 marzo 2011, prevedente il rinvio degli atti all'UAIE per procedere ad un complemento istruttorio di natura medica, con l'esecuzione, in particolare, di una perizia psichiatrica approfondita.

E.

L'UAIE ha quindi incaricato il dott. B._____, psichiatra, di visitare l'assicurata. Lo specialista ha proceduto a tale esame il 6 ottobre 2011, ed ha quindi redatto il relativo rapporto peritale il 18 ottobre 2011 (doc. 18), dal quale si evince, oltre alla diagnosi già conosciuta, anche la presenza di una sindrome da disadattamento accompagnata da reazione mista ansioso-depressiva, con un'incapacità lavorativa, dal solo punto di vista psichiatrico, del 25% per l'attività di casalinga, ed una capacità lavorativa del 70% per altre occupazioni confacenti, un miglioramento della stessa pari al 10 oppure 15% essendo concepibile nell'ambito di un trattamento psicofarmacologico regolare.

Il dott. C._____, medico dell'UAIE, ha preso posizione sul caso il 10 novembre 2011 (doc. 20), elencando tutti gli elementi fisici e psichici della diagnosi, ed ha formulato un'incapacità lavorativa per qualsiasi occupazione (ultima attività, attività confacenti e attività di casalinga) del 25%, come minimo dal 2008, ma verosimilmente già dal 1998, ossia dall'intervento d'isterectomia.

F.

Il 16 novembre 2011 l'UAIE ha quindi approntato un progetto di decisione (doc. 21), con il quale ha ventilato all'assicurata il rigetto della sua domanda di rendita, invitandola nel contempo a formulare eventuali osservazioni entro un termine di trenta giorni. Rappresentata dai suoi due avvocati, l'assicurata si è opposta al progetto di decisione il 6 dicembre 2011, inoltrando diversa documentazione medica italiana (doc. 22 e 23), che il dott. C._____, in un breve parere del 21 dicembre 2011 (doc. 25), ha considerato essere priva di qualsiasi nuovo elemento medico con influsso sulla capacità lavorativa.

Dopo avere ottenuto visione dell'incarto, l'assicurata ha inviato ulteriori documenti medici italiani, che il dott. C._____, in una breve presa di posizione del 28 maggio 2012 (doc. 30), ha definito essere irrilevanti dal punto di vista diagnostico e di una possibile influenza sulla capacità lavorativa.

Di conseguenza, il 6 giugno 2012, l'UAIE ha emanato una decisione di rigetto della domanda d'invalidità (doc. 31).

G.

Contro questa decisione, rappresentata dai suoi due avvocati, l'assicurata ha formulato ricorso al Tribunale amministrativo federale il 20 luglio 2012, chiedendo sostanzialmente che le sia riconosciuto il diritto ad una rendita intera d'invalidità oppure, subordinatamente, di grado inferiore.

L'UAIE ha risposto al ricorso il 17 settembre 2012, postulandone il rigetto con la conferma della decisione impugnata, e ciò in riferimento particolare alle conclusioni della perizia psichiatrica del dott. B._____, del 18 ottobre 2011, nonché, implicitamente, alla valutazione del caso, espressa a tre riprese, dal proprio servizio medico, nella persona del dott. C._____.

H.

Mediante decisione incidentale del 15 novembre 2012, questo Tribunale ha invitato la ricorrente a versare un anticipo equivalente alle presunte spese processuali di Fr. 400.-. Il relativo pagamento è intervenuto il 26 novembre 2012.

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 30 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, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e 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, per cui è applicabile, 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, entrato in vigore il 1° giugno 2002 (ALC, RS 0142.112.681), in particolare il suo allegato II relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale. Secondo l'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 dell'Accordo, qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo.

2.2 L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto, del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici riferiti nella sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1), assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (UE; art. 1 ch. 2), e stabilisce, ai fini dell'applicazione delle disposizioni dello stesso allegato, la necessità di tenere in debita considerazione gli atti giuridici dell'UE riferiti nella sezione B (art. 2 ch. 1) e di prendere atto di quelli menzionati alla sezione C (art. 2 ch. 2).

2.3 Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1), relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11), che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio, del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831), relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio, del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845), che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

Gli atti giuridici elencati nella sezione B dell'allegato II rappresentano diverse decisioni della Commissione amministrativa per il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, mentre quelli esposti nella sezione C corrispondono a due raccomandazioni della stessa commissione.

L'allegato II è peraltro completato da un protocollo, che ne costituisce parte integrante (art. 3 ch.2), in cui sono stipulate regole speciali riguardo all'assicurazione contro la disoccupazione, agli assegni per grandi invalidi e alla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità.

2.4 Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò detto, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

Relativamente al diritto applicabile deve essere ancora precisato che la presente procedura è retta dalla LAI nel suo tenore modificato il 18 marzo 2011 (6^a revisione, primo pacchetto di misure), e in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603), 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 intera d'invalidità oppure, a titolo subordinato, di grado inferiore.

5.

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 LPGa e art. 87 segg. OAI, *Jurisprudence et pratique administrative* [Pratique VSI] 1999 pag. 8, DTF 117 V 198).

In concreto, la seconda decisione di rifiuto della domanda di rendita è stata emessa dall'UAIE il 5 agosto 2008, mentre la seconda, qui avversata, il 6 giugno 2012. Ne consegue che il periodo di riferimento per

giudicare se è intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità, è quello intercorrente tra queste due date.

6.

Secondo le norme applicabili, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione per l'invalidità svizzera, un cittadino italiano deve, cumulativamente, essere invalido 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.

7.

7.1 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.

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). 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.

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%. Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, 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 LPGGA.

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 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 obbiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA, nel suo nuovo tenore dal 1° gennaio 2008).

7.5 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.

7.6 Occorre precisare che 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 LPGGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (art. 5 LAI e art. 8 cpv. 3 LPGGA; metodo specifico). 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.

Per quanto riguarda la scelta del metodo di valutazione dell'invalidità di una persona assicurata che non esercita più un'attività lucrativa, si deve verificare quale sarebbe stata l'attività esercitata se non fosse subentrata l'invalidità. In altre parole, lo statuto dell'assicurato viene determinato valutando se lo stesso, da sano, quindi se non fosse subentrato il danno alla salute, avrebbe consacrato l'essenziale del suo lavoro all'economia domestica o ad un'occupazione remunerata, e questo tenendo conto dell'evoluzione della situazione fino all'emanazione della decisione impugnata. L'ipotetica ripresa di un'attività lucrativa va ammessa dove tale eventualità si presenti alla luce della situazione personale, familiare, sociale ed economica, con un grado di verosimiglianza preponderante (DTF 133 V 504 consid.3.3, 125 V 150 consid. 2c e 117 V 194 consid. 3b).

8.

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 (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.

In concreto, dalla documentazione medica degli incarti relativi alle prime

due domande di rendita, e dagli atti riguardanti la terza domanda di rendita, oggetto della presente procedura, tra i quali, in particolare, la perizia psichiatrica del dott. B._____, del 18 ottobre 2011 (doc. 18), come pure le prese di posizione del dott. C._____, medico dell'UAIE, del 10 novembre e 21 dicembre 2010, nonché del 29 maggio 2012 (doc. 20, 25 e 30), si evidenzia la diagnosi di sindrome da disadattamento accompagnata da reazione mista ansioso-depressiva, di esiti da frattura della mandibola (1991) e da isteroannessiectomia totale (1998), di cervicolumbodiscoartrosi, d'ipertensione arteriosa, di diabete mellito di tipo II, di gonartrosi, di segni neuropatici, d'emicrania e di sindrome vertiginosa.

Questa diagnosi è univoca agli atti e, inoltre, non è contestata dalla ricorrente, dimodoché questo Tribunale non ha nessun valido motivo per non adottarla.

10.

10.1 Rispetto alle conseguenze invalidanti delle affezioni diagnosticate, il dott. B._____ ha chiaramente formulato da un punto di vista prettamente psichiatrico, nel suo rapporto peritale, un'incapacità lavorativa del 25% per l'attività di casalinga, unica occupazione ad entrare concretamente in linea di conto, visto che la ricorrente non ha più esercitato alcuna attività lucrativa da aprile 2004. Lo specialista ha osservato che la ricorrente presenta tuttora una serie di sintomi della patologia psichiatrica, ma che, non trattandosi di una depressione essenziale, essi rappresentano una reazione ad una situazione ormai cronica, fondamentalmente non migliorabile, con prognosi poco favorevole, in particolare in relazione ad altre affezioni di cui soffre la ricorrente. Egli ha tuttavia messo in evidenza il fatto che, se seguita regolarmente e con un'assunzione conseguente di farmaci, la cura antidepressiva essendo attualmente sotto dosaggio, la ricorrente potrebbe migliorare la sua capacità lavorativa del 10 o 15%.

Dal canto suo, il dott. C._____ ha confermato, nelle sue tre prese di posizione, un'incapacità lavorativa del 25% per qualsiasi occupazione (ultima attività, altre attività confacenti e attività di casalinga), almeno a decorrere dal 2008, ma verosimilmente già dal 1998, ossia dall'intervento d'isterectomia.

All'incarto non vi sono altri documenti medici che inducano a dubitare della fondatezza di queste conclusioni, in particolare, quelli esibiti dalla

ricorrente non riferiscono eventuali influssi negativi delle affezioni diagnostiche sulla capacità a svolgere le mansioni domestiche.

10.2 Visto quanto precede, questo Tribunale non può che constatare, seguendo il parere senza equivoci dei dottori B._____ e C._____, che la ricorrente non ha reso verosimile che il suo grado d'invalidità si sarebbe modificato in misura rilevante per il suo diritto a prestazioni assicurative (art. 87 cpv. 2 e 3 OAI), ed è quindi a giusto titolo che l'UAIE ha respinto la sua terza domanda di rendita.

11.

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

12.

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.

13.

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 26 novembre 2012.

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). Visto 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 versato il 26 novembre 2012.

3.

Non si assegnano indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione:

- ai rappresentanti 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: