



Corte III
C-762/2012

Sentenza del 10 gennaio 2013

Composizione

Giudice unica Elena Avenati-Carpani,
cancelliere Dario Quirici.

Parti

A. _____,
rappresentata dal Patronato INCA, Ufficio legale,
casella postale 287, 4005 Basilea,
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 12 gennaio 2012.

Fatti:**A.**

A._____, cittadina italiana nata il ..., coniugata e madre di due figli, ha lavorato in Svizzera come operaia dal 1973 al 1992, versando i relativi contributi obbligatori all'assicurazione per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI; doc. 6). Il 28 febbraio 2005, per il tramite dell'Istituto nazionale italiano della previdenza sociale (INPS), l'assicurata ha formulato all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) una prima domanda di rendita d'invalidità svizzera (doc. 1 a 4), la cui istruzione ha permesso di stabilire la diagnosi d'artrosi cervicale, gonalgia destra, diabete mellito di tipo II, eccesso ponderale, ipotiroidismo cronico ed amaurosi fugace, con un'incapacità lavorativa come casalinga inferiore al 10% (doc. 8, 9, 42, 43 e 53). Mediante decisione del 17 febbraio 2006 e decisione su opposizione del 13 giugno 2007 (doc. 44 e 54), l'UAIE ha respinto la domanda di rendita. La decisione su opposizione è cresciuta in giudicato senza essere stata impugnata.

B.

Il 15 giugno 2011, sempre per il tramite dell'INPS, l'assicurata ha presentato una seconda domanda di rendita (doc. 55 a 59), alla quale ha allegato, oltre agli usuali documenti di natura amministrativa, una perizia particolareggiata E 213 della dott.ssa B._____, medico dell'INPS, del 26 luglio 2011 (doc. 58), diagnosticante, nell'ambito di condizioni peggiorate, con movimenti (forza e tono muscolare) ed andatura normali, nonché un accenno di timia flessa, una discartrosi cervicolumbare, un diabete mellito di tipo II, un ipotiroidismo in trattamento sostitutivo, un'ernia jatale con duodenite, una sfumata depressione reattiva, come pure un cardiopalmo ed una dislipidemia, in microangiopatia, trattate (attuale condizione di euritmia e compenso cardiovascolare). Nella perizia è inoltre specificato che l'assicurata è in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri, senza controindicazioni, inclusa la sua ultima attività, il grado d'invalidità essendo cionondimeno valutato, secondo criteri propri del diritto italiano, al 67%.

Dopo avere preso conoscenza di questa perizia, il dott. C._____, medico dell'UAIE, ha considerato, il 17 ottobre 2011 (doc. 64), che la diagnosi è rimasta invariata rispetto a quella ritenuta nella prima procedura di rendita, a parte una sfumata depressione reattiva non invalidante, e che l'incapacità lavorativa non ha dunque subito modifiche.

C.

Il 1° novembre 2011 l'UAIE ha quindi messo a punto un progetto di decisione (doc. 65), con il quale ha prospettato all'assicurata il non esame della sua domanda di rendita per difetto di plausibilità di un cambiamento del grado d'invalidità, invitandola nel contempo a formulare eventuali osservazioni entro un termine di trenta giorni. L'assicurata si è opposta a questo progetto, inoltrando una moltitudine di documenti medici italiani, in parte manoscritti e di difficile lettura, tra cui una decisione d'invalidità civile, di cui si dirà, se necessario, in seguito (doc. 66 a 126 e 130 a 157).

L'UAIE ha sottoposto l'incarto all'apprezzamento del dott. C._____, il quale, dopo avere elencato i venticinque nuovi documenti medici esibiti dall'assicurata, ha constatato, il 5 gennaio 2012 (doc. 159), che essi non apportano nulla di nuovo rispetto a quanto già conosciuto e valutato. Con decisione del 12 gennaio 2012 (doc. 163), l'UAIE ha quindi confermato il non esame della domanda di rendita.

D.

Contro questa decisione, rappresentata dal Patronato INCA, l'assicurata ha inoltrato ricorso al Tribunale amministrativo federale (TAF) il 9 febbraio 2012, chiedendo, previo annullamento della stessa, che le sia riconosciuto il diritto ad almeno una mezza rendita d'invalidità da novembre 2011, per il motivo che il suo stato di salute si sarebbe peggiorato.

L'UAIE ha risposto al ricorso il 5 giugno 2012, proponendone il rigetto con la conseguente conferma della decisione impugnata.

E.

La ricorrente ha replicato il 10 luglio 2012, producendo un certificato medico del 4 luglio 2012, ed ha ribadito le propri conclusioni.

Il dott. C._____ si è brevemente pronunciato su questo certificato il 20 agosto 2012 (doc. 170), affermando che esso non contiene nulla di nuovo, dimodoché l'UAIE ha potuto succintamente duplicare il 23 agosto 2012, rilevando la necessità di respingere il ricorso e confermare la decisione avversata.

F.

Con decisione incidentale del 28 agosto 2012, questo Tribunale ha trasmesso alla ricorrente copie 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 13 settembre 2012. La ricorrente non si è peraltro più pronunciata sul merito della causa.

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 LPGGA, 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 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 (art. 8 ALC), 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 (RU 2002 1527, 2006 979 e 995, 2006 5851, 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, 2008 4219, 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 n. 1408/71), ed il Regolamento (CEE) n. 574/71 del Consiglio, del 21 marzo 1972, relativo all'applicazione del Regolamento n. 1408/71 (RU 2005 3909, 2009 621, 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, 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).

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 almeno una mezza rendita d'invalidità da novembre 2011.

5.

5.1 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 130 V 71 consid. 2.2 con i rif.). 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 130 V 71 consid. 3.2).

5.2 La condizione di verosimiglianza posta dall'art. 87 cpv. 3 OAI deve permettere all'amministrazione, che ha precedentemente rifiutato una prestazione o già effettuato una sua revisione con provvedimento cresciuto in giudicato, di scartare senza ulteriori esami nuove domande con le quali l'assicurato si limita a ripetere gli stessi argomenti, senza allegare una modifica di fatti determinanti. Lo scopo della norma menzionata è di evitare che gli organi preposti dell'AI debbano ripetutamente chinarsi su domande di prestazioni, quando lo stato di fatto è rimasto uguale o già stato esaminato senza dare luogo a prestazioni in una precedente decisione cresciuta in giudicato (DTF 133 V 108 consid. 5.3.1 e 130 V 64 consid. 5.2.3 con i rif.).

Adita con una nuova domanda, l'amministrazione deve così cominciare con l'esaminare se le allegazioni dell'assicurato sono, in maniera generale, plausibili, in altri termini se l'assicurato ha reso plausibile una modifica importante dello stato di salute, suscettibile d'incidere sulla sua capacità lavorativa rispettivamente sul grado d'invalidità, rispetto a quella precedentemente ritenuta. Se ciò non è il caso, l'amministrazione può liquidare l'istanza senza ulteriori indagini con un rifiuto di entrata in materia. A tal proposito, occorre precisare che quanto più breve è il lasso di tempo trascorso dalla decisione precedente, tanto più rigorosamente l'amministrazione apprezzerà la plausibilità delle allegazioni dell'assicurato. Su questo aspetto, essa dispone di un certo margine di apprezzamento che il giudice è di principio tenuto a rispettare (sentenza del Tribunale federale 9C_708/2007 dell'11 settembre 2008 consid. 2.3 con i rif.).

5.3 Determinanti, inoltre, per verificare l'ammissibilità di una nuova domanda sono i documenti esibiti al momento della presentazione della stessa a corredo di quanto richiesto, o, al più tardi, quelli agli atti al momento in cui la decisione di non entrata in materia è stata emanata (DTF 130 V 64 consid. 5.2.4). Questa giurisprudenza si applica anche nell'ambito della 5ª revisione dell'assicurazione invalidità (sentenza del Tribunale federale 8C_436/2008 del 29 aprile 2009 consid. 3).

5.4 In concreto, la prima decisione di rifiuto della domanda di rendita è stata emessa dall'UAIE il 13 giugno 2007 (doc. 54), mentre la seconda, relativa al non esame della domanda del 15 giugno 2011, qui avversata, il 12 gennaio 2012 (doc. 163). Ne consegue che il periodo di riferimento per giudicare se è intervenuta una modifica rilevante del grado d'invalidità può essere limitato al 12 gennaio 2012.

6.

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.

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'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino 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 LPGA.

7.4 Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGA, 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 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione, 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 LPGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (art. 5 e 28 cpv. 2bis LAI e art. 8 cpv. 3 LPGA; 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.

9.1 In concreto, dalla documentazione medica all'incarto e, specialmente, dalla perizia particolareggiata E 213 della dott.ssa B._____, medico dell'INPS, del 22 luglio 2011 (doc. 58), e dai rapporti del _____ dott.

C._____, medico dell'UAIE, del 17 ottobre 2011 nonché 5 gennaio e 20 agosto 2012 (doc. 64, 159 e 170), risulta la diagnosi d'artrosi cervicale, di gonalgia destra, di diabete mellito II, d'eccesso ponderale, d'ipotiroidismo cronico, d'amaurosi fugace e di sfumata depressione reattiva, con terapia per cardiopalmo e dislipidemia, attualmente compensati, in microangiopatia.

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

9.2 Rispetto alle conseguenze invalidanti delle affezioni diagnostiche, la dott.ssa B._____ ha constatato, nella sua perizia E 213, che la ricorrente è in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri, senza controindicazioni, inclusa la sua ultima attività, fissando cionondimeno un grado d'invalidità, secondo criteri propri del diritto italiano, del 67%. Il medico dell'INPS ha pure evocato un peggioramento delle condizioni di salute della ricorrente, senza indicazioni riguardo alla sua natura e ad un suo eventuale influsso sulla capacità lavorativa.

Dal canto suo, il dott. C._____ ha esposto senza ambiguità, nei suoi pareri del 17 ottobre 2011 nonché 5 gennaio e 20 agosto 2012 (doc. 64, 159 e 170), che la documentazione medica esibita dalla ricorrente durante la procedura relativa alla seconda domanda di rendita, non aggiunge nuovi elementi alla diagnosi fissata nel corso della prima domanda di rendita, a parte una sfumata depressione reattiva, accennata dalla dott.ssa B._____ nella perizia E 213, però priva di carattere invalidante, e che quindi l'incapacità lavorativa come casalinga non ha potuto subire modifiche rispetto al valore, inferiore al 10%, quantificato durante la procedura relativa alla prima domanda di rendita.

9.3 Visto quanto precede, questo Tribunale non può che constatare, seguendo il chiaro parere del dott. 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 non ha esaminato la sua domanda di rendita.

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 13 settembre 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 al 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 13 settembre 2012.

3.

Non si assegnano indennità per spese ripetibili.

4.

Comunicazione:

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

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

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: