



Corte III
C-120/2007
{T 0/2}

Sentenza del 19 agosto 2008

Composizione

Giudici Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio),
Beat Weber, Francesco Parrino,
cancelliera Paola Carcano.

Parti

F._____,
rappresentata dal Patronato EPACA, _____,
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

prestazioni dell'assicurazione invalidità.

Fatti:

A. F._____, cittadina italiana, nata il 29 aprile 1946, ha lavorato dal 1969 al 1988 presso svariate ditte in Svizzera solvendo, durante tale periodo, i contributi dovuti all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI). In Italia ha lavorato dal 1977 al 1978 e, poi, dal 1991 al 1997 ed, infine, dal 1999 al 2004 allorché si è ritirata definitivamente dal lavoro per ragioni che imputa alle sue condizioni precarie di salute. L'ultima attività esercitata è stata quella di bracciante agricola (addetta alla raccolta manuale di carote) su chiamata (52 giornate nel 2001, 80 giornate nel 2002, 80 giornate nel 2003 e 34 giornate nel 2004). In data 7 settembre 2004, F._____ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1-6 e doc. 23).

B. Nel corso del 2006 l'assicurata ha versato agli atti: il questionario per gli assicurati occupati nell'economia domestica (doc. 8), il questionario del datore di lavoro (doc. 9) ed il questionario per l'assicurato (doc. 10). L'interessata è stata visitata il 15 novembre 2004 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di L._____, ove il sanitario incaricato ha evidenziato la diagnosi di "cardiopatía ischemica ed ipertensiva, esiti recente PTCA + 3 STENT su discendente anteriore per malattia vasale coronarica, diabete mellito tipo II in fase di scarso compenso metabolico" e, dopo aver precisato che essa è in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri (con possibilità di cambiamenti posturali; senza ritmi particolarmente stressanti; alternando deambulazione, stazione eretta e posizione seduta; con pause supplementari; al riparo dal freddo), ha posto un tasso d'invalidità parziale del 76% in relazione all'ultimo lavoro svolto senza esprimersi in merito ad un'attività lavorativa adeguata alle sue condizioni (doc. 16). È stata inoltre esibita la seguente documentazione medica obiettiva: due cartelle cliniche (con i rispettivi allegati) relative ai ricoveri dal 21 luglio al 3 agosto 2004 per problemi cardiaci e dal 21 settembre al 27 settembre 2005 per dolori precordiali presso l'Ospedale S._____ di L._____ (doc. 11 e 14), un certificato medico del 15 agosto 2004 della Dott. ssa B._____ (doc. 12), il referto di un esame ematochimico del settembre del 2004 (doc. 13) ed un certificato medico del 14 giugno 2005 (doc. 15).

C. Nel suo rapporto del 3 luglio 2006, il Dott. P._____, medico dell'UAIE, dopo aver ripreso la diagnosi sopra riferita ed analizzato il

caso sotto il profilo delle malattie di lunga durata, ha ritenuto che l'assicurata può ancora esercitare l'attività di bracciante agricola (trattandosi di lavori leggeri, quale per es. la raccolta di frutti) entro determinati limiti (portata dei carichi, niente lavori pesanti, ecc.) mentre, nella misura in cui deve fare dei lavori che oltrepassano i predetti limiti, detta attività non è esigibile oppure lo è solo parzialmente. Il medico in questione ha poi considerato l'assicurata abile al lavoro nella misura del 100% in un'attività lavorativa leggera ed adatta (ripetitiva e non qualificata: sorvegliante di parcheggi/musei; magazziniere/gestione degli stocks; piccole consegne con autoveicolo; vendita per corrispondenza; vendita in generale; riparazione di piccoli elettrodomestici; cassiera; venditrice di biglietti; addetta alla registrazione, classificazione e archiviazione; distribuzione della posta interna; accoglienza/ricezionista; telefonista; addetta alla scannerizzazione). Infine, l'ha considerata abile al 100% in ambito domestico (doc. 18-19).

D. Con progetto di decisione dell'11 settembre 2006 l'amministrazione ha comunicato all'assicurata che la sua richiesta del 7 settembre 2004 volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità avrebbe dovuto essere respinta per carenza d'invalidità di grado pensionabile (doc. 24). Entro il termine impartito per presentare eventuali osservazioni, l'assicurata è rimasta silente. Con decisione del 23 novembre 2006 l'UAIE ha quindi comunicato a F._____ che la sua domanda era stata respinta (doc. 25).

E. Con gravame del 20 dicembre 2006 interposto presso la Commissione federale di ricorso in materia di AVS/AI per le persone residenti all'estero (CFR), F._____, chiede, in sostanza, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. A suffragio delle sue conclusioni produce: tre referti di esami cardiaci del 3 luglio 2006, un rapporto d'esame ECG del 22 settembre 2006, una cartella clinica completa di referti medici relativa all'ospedalizzazione dal 6 al 28 ottobre 2006, il referto di un esame toracico del 17 novembre 2006, due certificati medici del 23 novembre 2005 e del 14 dicembre 2006 della Dott.ssa A._____, medico legale consulente del patronato EPACA (giusta i quali l'assicurata è affetta da "diabete mellito tipo II scompensato con iniziale danno retinico, esiti di angioplastica cardiaca in portatrice di cardiopatia ipertensiva II-III classe NYHA, recente

polmonite in portatrice di deficit disventilatorio di tipo restrittivo, poliartrosi a lieve-medio impegno funzionale, depressione reattiva di grado medio” ed è invalida con totale - 100% - e permanente inabilità lavorativa), il referto di un'analisi della funzione polmonare dell'11 dicembre 2006, un referto del 14 dicembre 2006 della Dott.ssa G._____ ed un certificato medico di data imprecisata della Dott.ssa B._____ recante la diagnosi di “diabete mellito tipo II, retinopatia diabetica, isterectomia, colicistectomia, bronchite cronica ostruttiva, poliartrosi, cardiopatia ischemica + angina instabile, grave coronaropatia ostruttiva monovasale trattata con PTCA + stent e kissing ballon della diagonale nel 2004, dislipidemia e sindrome depressiva” e dal quale risulta che l'assicurata non ha più svolto attività lavorativa dal mese di luglio 2004 e non può assolutamente svolgere alcun tipo di lavoro.

In data 1° gennaio 2007 il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha ripreso la procedura in oggetto pendente fino al 31 dicembre 2006 davanti alla CFR.

F. Ricevuto il ricorso, l'amministrazione ha sottoposto nuovamente gli atti al Dott. P._____, il quale, nel suo rapporto medico del 28 marzo 2007, ha ribadito integralmente la sua precedente valutazione. A suo avviso quest'ultima è confermata altresì dalla nuova documentazione medica obiettiva prodotta dall'assicurata mentre rileva sostanzialmente che i certificati medici delle Dott.sse A._____ e B._____ non sono del tutto attendibili in quanto contraddicono i dati oggettivi contenuti negli altri documenti (doc. 27). L'UAIE, nella sua risposta del 4 maggio 2007, propone pertanto la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono.

Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione, il patronato EPACA, con replica del 4 luglio 2007, ha ribadito l'intenzione della propria assistita di mantenere il ricorso producendo nel contempo il referto di un test da sforzo cicloergometro del 24 novembre 2004, una relazione diagnostica e terapeutica relativa al ricovero dal 21 settembre al 27 settembre 2005 per dolori precordiali presso l'Ospedale S._____ di L._____, un esame elettrocardiografico del 22 settembre 2006 ed una certificazione medica del 28 giugno 2007 del Dott. M._____ che rileva la diagnosi di “cardiopatia ischemica ipertensiva con residua insufficienza coronarica allo sforzo, BCPO con deficit ventilatorio restrittivo, diabete

mellito di tipo II in labile compenso metabolico e segni di complicanze organiche - retinopatia - a causa delle patologie certificate, taluni agenti in concorrenza disfunzionale” e ritiene una riduzione della specifica capacità di lavoro in attività confacenti superiore ai 2/3.

Ricevuta la replica, l'amministrazione ha sottoposto nuovamente gli atti al Dott. P._____, il quale, nel suo rapporto medico del 10 settembre 2007, ha confermato integralmente la sua precedente valutazione rilevando che la documentazione medica prodotta non apporta nuovi elementi (doc. 29). L'UAIE, nella sua duplice del 20 settembre 2007, propone pertanto la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono.

In data 19 ottobre 2007 la ricorrente ha versato l'anticipo di 300.- franchi equivalente alle presunte spese processuali.

G. In data 20 novembre 2007 F._____, ha prodotto a comprova dell'aggravarsi del proprio stato di salute una relazione diagnostica e terapeutica (oltre ad una certificazione del 13 novembre 2007) relativa al ricovero dall'8 al 16 novembre 2007 presso il reparto di cardiologia dell'Ospedale S._____ di L._____, il referto di una coronarografia del 9 novembre 2007, due certificati medici segnatamente del 2 e del 14 novembre 2007 ed un piano terapeutico del 16 novembre 2007. Successivamente, il 15 gennaio 2008, ha ancora esibito la cartella clinica (con i rispettivi allegati) relativa al ricovero dall'8 al 16 novembre 2007 presso il reparto di cardiologia dell'Ospedale S._____ di L._____ mentre, il 3 marzo 2008, un certificato medico del 16 novembre 2007. Successivamente, con lettera pervenuta alla scrivente Autorità in data 10 aprile 2008, ha ancora esibito una consulenza medico-legale del 24 agosto 2008 del Dott. O._____.

Diritto:**1.**

1.1 I ricorsi pendenti presso le Commissioni federali di ricorso o d'arbitrato o presso i servizi di ricorso dei dipartimenti il 1° gennaio 2007 sono trattati dal Tribunale amministrativo federale nella misura in cui è competente. È applicabile il nuovo diritto di procedura (cfr. art. 53 cpv. 2 della Legge federale sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 [LTAF, RS 173.32]).

1.2 In virtù dell'art. 31 LTAF, 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 agli art. 33 e 34 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate innanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della Legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).

2.

2.1 Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato 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) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (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). Trattasi di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri (art. 3 e 6 del Regolamento CEE n° 1408/71).

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 (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

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.

3.

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

3.2 Secondo l'art. 59 LPGA ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Queste condizioni sono adempiute nella specie.

3.3 Il ricorso è tempestivo ed ossequioso dei requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGA e 52 PA). Il gravame è dunque ricevibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

4. Ai fini del presente giudizio occorre preliminarmente precisare, con particolare riferimento al diritto materiale, che, dal profilo temporale, non trovano applicazione le modifiche della LAI del 6 ottobre 2006 entrate in vigore dal 1° gennaio 2008 (5a revisione della LAI). Di seguito vengono quindi citate le disposizioni della LAI e della LPGA nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007.

5. La ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 7 settembre 2004. In deroga all'art. 24 LPGGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo la nascita del diritto, le prestazioni possono essere assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, lo scrivente Tribunale amministrativo federale può quindi limitarsi ad esaminare se la ricorrente avesse diritto ad una rendita il 7 settembre 2003 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 23 novembre 2006, data della decisione. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

6. Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, un cittadino italiano deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni: essere invalido ai sensi della legge svizzera ed aver versato contributi all'AVS/AI svizzera durante un anno intero almeno (art. 36 cpv. 1 LAI).

La ricorrente ha versato contributi all'AVS/AI svizzera durante più di un anno intero in totale e, pertanto, adempie la condizione della durata minima di contribuzione, alla quale la legge subordina l'erogazione di una rendita. Rimane ora da esaminare se sia invalida ai sensi di legge.

7.

7.1 In base all'art. 8 LPGGA è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 LAI precisa che l'invalidità può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

7.2 L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI). Va ricordato che fino al 31 dicembre 2003, la LAI prevedeva il diritto al quarto di rendita con un tasso d'invalidità del 40% almeno, alla mezza rendita con un tasso d'invalidità del 50% almeno ed alla rendita intera con un tasso d'invalidità dei due terzi (66.67%). In seguito all'entrata in

vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE e vi risiede.

7.3 Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, al più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente di guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno e senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La prima lettera si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato; la seconda se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 121 V 264, 111 V 21 consid. 2b).

7.4 Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in 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.

8.

8.1 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b; 110 V 275, 105 V 207). In base all'art. 16 LPGA, 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). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un

danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). La documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare l'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314, 105 V 158).

8.2 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. 28 cpv. 2^{bis} LAI). L'art. 27 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità (OAI; RS 831.201) 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. Va precisato che secondo l'art. 28 cpv. 2^{ter} LAI, qualora l'assicurato eserciti un'attività lucrativa a tempo parziale, o collabori gratuitamente nell'azienda del coniuge, l'invalidità, per questa parte, è determinata secondo l'art. 16 LPGa. Se, inoltre, svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2^{bis}. In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa o della collaborazione gratuita nell'azienda del coniuge e quella dello svolgimento delle mansioni consuete e poi determinare il grado d'invalidità in funzione della disabilità patita nei due ambiti (metodo misto).

8.3 Nella specie dev'essere rilevato che F._____ ha dichiarato, nel questionario del datore di lavoro (doc. 9) e nel questionario per l'assicurato (doc. 10) come pure in uno scritto pervenuto all'amministrazione il 31 agosto 2006 (doc. 23), che dal 2001 ha esercitato in Italia l'attività di bracciante agricola (addetta alla raccolta manuale di carote) su chiamata (52 giornate nel 2001, 80 giornate nel 2002, 80 giornate nel 2003 e 34 giornate nel 2004) e che nel corso del 2004 si è ritirata definitivamente dal lavoro per ragioni che imputa alle sue condizioni precarie di salute. Per il rimanente, invece, si è dedicata all'attività di casalinga (cfr. questionario per gli assicurati occupati nell'economia domestica: doc. 8). Di conseguenza, appare giustificato applicare nella presente fattispecie il metodo di valutazione misto come peraltro correttamente effettuato dall'amministrazione.

9.

9.1 Nel caso di specie la diagnosi, nel periodo di cognizione in questione (cfr. considerando 5), è condivisa essenzialmente da tutti i medici che si sono espressi in modo oggettivo in merito. L'assicurata risulta essere affetta da cardiopatia ischemica ed ipertensiva, esiti PTCA + 3 STENT su discendente anteriore per malattia vasale coronarica, diabete mellito tipo II in fase di scarso compenso metabolico (perizia medica INPS di L._____ del 20 settembre 2005; rapporti medici del 3 luglio 2006, del 28 marzo e del 10 settembre 2007 del Dott. P._____ e certificazione medica del 28 giugno 2007 del Dott. M._____). Il collegio giudicante non intravede quindi ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni convergenti inerenti la diagnosi.

9.2 Giova ricordare che le affezioni in oggetto debbono, dal profilo giuridico, essere esaminate alla luce dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI. Trattasi, infatti, di malattie che, per costante giurisprudenza, sono da configurare non già di carattere permanente (cioè di natura consolidata o irreversibile), bensì patologico-labile, ossia suscettibili di migliorare o peggiorare.

Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la prima lettera dell'art. 29 cpv. 1 LAI, per cui può entrare in considerazione solo la seconda lettera della citata norma legale, la quale prevede un termine d'attesa di un anno. Pertanto, la ricorrente può pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media del 40% almeno durante un anno.

10.

10.1 Per quanto concerne le conseguenze invalidanti, il sanitario incaricato dell'INPS ha posto un tasso d'invalidità parziale del 76% in relazione all'ultimo lavoro svolto precisando che l'assicurata è in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri (con possibilità di cambiamenti posturali; senza ritmi particolarmente stressanti; alternando deambulazione, stazione eretta e posizione seduta; con pause supplementari; al riparo dal freddo) senza tuttavia esprimersi in merito ad un'attività lavorativa adeguata alle sue condizioni (doc. 16). Dal canto suo il Dott. P._____, medico dell'UAIE, ha ritenuto - nel suo

rapporto del 3 luglio 2006, confermato integralmente nei successivi rapporti del 28 marzo e del 10 settembre 2007 alla luce pure della certificazione medica del 28 giugno 2007 del Dott. M._____ giusta il quale essa presenta una riduzione della specifica capacità di lavoro in attività confacenti superiore ai 2/3 - che l'assicurata può ancora esercitare l'attività di bracciante agricola entro però determinati limiti (portata dei carichi, niente lavori pesanti, ecc.). Il medico in questione ha poi considerato l'assicurata abile al lavoro nella misura del 100% in un'attività lavorativa leggera ed adatta (ripetitiva e non qualificata). Infine, l'ha considerata abile al 100% in ambito domestico (doc. 18-19).

10.2 Nel caso di specie, il Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è pervenuto il Dott. P._____ in quanto egli ha compiutamente valutato il danno alla salute lamentato dall'assicurata sulla base di accertamenti approfonditi e completi (doc. 18, 19, 27 e 29). Nel suo rapporto del 3 luglio 2006 il medico dell'UAIE ha osservato che la sola patologia che deve essere presa in considerazione nell'ottica di una diminuzione dell'incapacità di lavoro è riconducibile alla problematica cardiaca in quanto le altre affezioni diagnosticate (segnatamente: lombalgie semplici con problemi degenerativi iniziali confermate dalla radiografia del 17 ottobre 2005; diabete di tipo II NID; HTA compensata; isterectomia a 40 anni e colecistectomia a 27 anni) non hanno ripercussioni sulla capacità di lavoro. Nel luglio del 2004 l'assicurata ha beneficiato di un'angioplastica seguita dalla messa in loco di 3 stents sull'IVA per una cardiopatia ischemica mentre nel settembre 2005 è stata ricoverata per un episodio di dolori precordiali di cui può però essere esclusa l'origine cardiaca in quanto l'ecocardiogramma del 22 settembre 2005 mostra una buona funzione cardiaca con una F.E. del 64% senza discinesia e non è stato rilevato alcun episodio di angina pectoris tra i ricoveri. Nel 2006 gli esami obiettivi eseguiti (segnatamente: la scintigrafia miocardica da sforzo e l'angiocardioscintigrafia del 3 luglio 2006 come pure l'ecocardiogramma del 22 settembre 2006) risultano essere nella norma ed è pure comprovata una buona F.E. al 65% (cfr. segnatamente l'angiocardioscintigrafia del 3 luglio 2006). Nel suo rapporto del 10 settembre 2007 il medico dell'UAIE ha inoltre precisato che l'ergonomia del 24 novembre 2004 conclude per un'insufficienza da sforzo ad alta soglia solamente per sforzi importanti e non per un'insufficienza cardiaca di III grado come attestato dalla Dott.ssa B._____ e dalla Dott.ssa A._____ e che la

disventilazione di tipo restrittivo della funzione polmonare attestata l'11 dicembre 2006 è moderata mentre il Doppler delle carotidi del 12 febbraio 2007 non evidenzia lesioni significative (stenosi dell'ordine del 20-30%) e la radiografia del bacino e della colonna vertebrale e delle ginocchia attesta dei segni di artrosi discreti. Infine, ha pure rilevato che l'attestazione del Dott. M._____ riporta correttamente la diagnosi e le ripercussioni funzionali della stessa in concordanza con gli esiti della documentazione medica obiettiva agli atti ma conclude per un'incapacità lavorativa superiore ai 2/3 che non trova una giustificazione sulla base dei dati medici agli atti.

10.3 Sulla base delle risposte fornite dall'interessata nel questionario per gli assicurati occupati nell'economia domestica (doc. 10) tenuto conto delle direttive 3093 e 3098 della circolare concernente l'invalidità e l'impotenza edita dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS, CIIAI), il medico dell'UAIE è quindi giunto a conclusioni logiche e motivate in merito alla capacità di lavoro della ricorrente. Sulla scorta delle considerazioni che precedono il Tribunale è quindi dell'avviso che l'assicurata beneficia di una totale capacità di lavoro (100%) sia in ambito domestico sia nella precedente attività di bracciante agricola (seppur entro determinati limiti: portata dei carichi, niente lavori pesanti, ecc.) sia in un'attività lavorativa leggera ed adatta. F._____ non ha dunque diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Il ricorso deve quindi essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

11.

11.1 Per costante giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legalità della decisione impugnata in base alla situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa, ritenuto che i fatti accaduti posteriormente (e che hanno modificato questa situazione) devono di regola formare oggetto di un nuovo procedimento amministrativo (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1, DTF 129 V 4 consid. 1.2, DTF 127 V 467 consid. 1 e DTF 121 V 366 consid. 1b). Eccezionalmente, il giudice delle assicurazioni sociali può anche tener conto, per motivi d'economia procedurale, dei fatti intervenuti posteriormente, a condizione che questi ultimi siano stabiliti in modo sufficientemente preciso e nella misura in cui essi siano strettamente legati all'oggetto della causa e siano suscettibili di facilitare l'accertamento delle circostanze rilevanti (DTF 105 V 161 consid. 2d,

DTF 103 V 53 consid. 1, DTF 99 V 101 consid. 4; RCC 1980 pag. 263, RCC 1974 pag. 192 consid. 4, RCC 1970 pag. 582 consid. 3).

11.2 Successivamente al 23 novembre 2006, data della decisione impugnata, l'assicurata ha prodotto una cospicua documentazione medica (in particolare relativa al ricovero dall'8 al 16 novembre 2007 presso il reparto di cardiologia dell'Ospedale S._____ di L._____). L'eventuale aggravamento dello stato di salute è tuttavia riconducibile ad una data posteriore alla decisione impugnata. L'incarto deve quindi essere rinviato all'UAIE affinché consideri l'istanza del 20 novembre 2007 quale nuova richiesta di prestazioni.

12. A titolo di spese processuali si prelevano 300.- franchi (art. 69 cpv. 2 LAI nella versione in vigore dal 1° luglio 2006) e non vengono assegnate indennità per spese ripetibili (art. 64 PA).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto e la decisione impugnata del 23 novembre 2006 è confermata.

2.

Gli atti sono trasmessi all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero affinché proceda conformemente a quanto esposto al considerando 11.2.

3.

A titolo di spese processuali si prelevano 300.- franchi, importo compensato dal corrispondente anticipo versato dalla ricorrente in data 19 ottobre 2007. Non si assegnano ripetibili.

4.

Comunicazione a:

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

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

La presidente del collegio:

La cancelliera:

Elena Avenati-Carpani

Paola Carcano

Rimedi giuridici:

Contro questa decisione può essere inoltrato entro 30 giorni ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna (cfr. art. 82 e ss, 90 e ss, 100 della legge federale del 17 giugno 2005 sul Tribunale federale, LTF, RS 173.110). Il gravame deve contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmato. La decisione impugnata ed i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati, se sono in possesso della parte (art. 42 LTF).

Data di spedizione: