

Bundesverwaltungsgericht
Tribunal administratif fédéral
Tribunale amministrativo federale
Tribunal administratif fédéral



Corte III
C-2744/2006
{T 0/2}

Sentenza del 19 aprile 2007

Composizione: Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio), Franziska Schneider e Johannes Frölicher, giudici,

Paola Carcano, cancelliera.

S. _____,
ricorrente, patrocinata dall'Avv. Odilia De Blasi,

contro

Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), avenue Edmond-Vaucher 18, casella postale 3100, 1211 Ginevra 2,
autorità inferiore,

concernente
prestazioni dell'assicurazione per l'invalidità.

Ritenuto in fatto:

- A. S._____, cittadina italiana, nata il 31 ottobre 1946, coniugata, ha lavorato in Svizzera dal 1966 al 1974 come operaia solvendo, durante tali periodi, i contributi dovuti all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (cfr. doc. 35, 39 e 51). Dopo il rimpatrio, e più precisamente dal 1975, ha continuato ad esercitare un'attività lucrativa quale bracciante agricola fino al 31 dicembre 1981, allorquando si è ritirata dal lavoro per ragioni che l'interessata imputa alle sue condizioni precarie di salute. A far tempo dal mese di febbraio 1982 percepisce una pensione di invalidità italiana di complessivi Euro 420.02 mensili (cfr. doc. 35, 36, 44 e 51).

In data 27 settembre 2004, S._____ ha formulato una richiesta tesa al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 35-38). Si tratta, invero, della terza domanda avanzata dall'assicurata. Ella, infatti, ha inoltrato una prima richiesta che è stata respinta dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) con decisione del 5 marzo 1991, cresciuta in giudicato. Dopo di che una seconda domanda del 14 marzo 2003 è stata pure respinta dall'UAIE con decisione su opposizione del 9 luglio 2004, anch'essa cresciuta in giudicato (doc.1-6, 29, 34 e 57). In quell'occasione ella aveva prodotto la seguente documentazione medica obiettiva: un cartellino di dimissioni relativo al ricovero dal 20 febbraio al 4 marzo 1993 presso l'ospedale generale provinciale "Card. G. Panico" di Tricase (Lecce) per valvulopatia mitro-aortica (stenoinsufficienza aortica – stenosi mitralica), miofibroma uterino ed artrosi cervicale; un cartellino di dimissioni relativo al ricovero dal 10 al 19 febbraio 1995 presso l'ospedale generale provinciale "Card. G. Panico" di Tricase (Lecce) per valvulopatia mitralica-aortica, broncopatia cronica e orticarie; due relazioni sanitarie del Dott. C._____, rispettivamente del 10 e del 27 dicembre 1996 relative al ricovero dal 9 al 27 dicembre 1996 per un intervento di sostituzione valvolare mitralica e aortica con protesi per steno-insufficienza aortica di grado severo e stenosi mitralica di grado moderato; vari referti radiografici, segnatamente del 2 e 18 gennaio 1997, dell'8 novembre 1999, del 12 febbraio 2001 e del 10 gennaio 2003; un cartellino di dimissioni relativo al ricovero dal 1° al 13 settembre 1997 presso l'ospedale generale provinciale "Card. G. Panico" di Tricase (Lecce) per TIA cerebrale; un referto di un eco color dopler del 19 settembre 1997; un referto di un esame ecocardiografico del 2 maggio 2003; un referto pneumologico del 29 ottobre 1999 ed un referto di un eco dopler del 14 luglio 2003 (doc. 11-23).

- B. Con espresso riferimento alla richiesta del 27 settembre 2004 l'assicurata è stata visitata l'8 ottobre 2004 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Casarano (Lecce), ove il sanitario incaricato ha evidenziato la diagnosi di "protesi valvolare mitralica ed aortica ben funzionanti; ipostenia emisoma destro in esiti di tia cerebrale; stenosi carotidea a dx; spondiloartrosi diffusa con segni di irritazione radicolare a sinistra" ed ha posto un tasso di invalidità parziale del 80% per l'ultimo lavoro svolto. Per contro egli non si è pronunciato in merito a qualsiasi altra attività confacente all'assicurata (doc. 48). Il tutto sulla base della seguente nuova documentazione medica obiettiva prodotta: un referto di un ecodopler arterioso del 14 giugno 2004 (doc. 45); un referto neuroradiologico del Dott. P._____ del 24 agosto 2004 (doc. 46); un referto ecocardiografico del Dott. G._____ del 24 agosto 2004 (doc. 47). Alla stessa è stato successivamente aggiunto anche un referto ecocardiografico del Dott. G._____ del 5 maggio 2005 (doc. 49).
- C. Nei suoi rapporti del 6 settembre 2005, il dott. P._____ del Servizio medico regionale (SMR) - dopo aver ripreso la diagnosi sopra riferita, analizzato il caso sotto il profilo delle malattie di lunga durata e tenuto conto dell'apposito formulario per assicurati nell'economia domestica del 25 maggio 2005 riempito dall'assicurata (doc. 43) - fissa un tasso di invalidità parziale del 20% quale bracciante agricola, tuttavia considerandola abile al 100% (seppur a determinate condizioni) in attività lucrative sostitutive fisicamente meno impegnative e, segnatamente, leggere e/o sedentarie mentre, in ambito domestico, l'incapacità di lavoro si situerebbe al 16% (doc. 52, 52.1 e 52.2).

Con decisione del 14 settembre 2005 l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero ha pertanto respinto anche la terza richiesta di prestazioni di S._____ (doc. 53).

- D. Quest'ultima, regolarmente rappresentata dal Patronato E._____ di Patù, ha formulato in data 28 settembre 2005 tempestiva opposizione contro il suddetto provvedimento amministrativo, chiedendo in sostanza il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative (doc. 54). Nulla ha prodotto a suffragio delle sue conclusioni.

Mediante decisione su opposizione del 22 marzo 2006, l'UAIE ha respinto la predetta opposizione e confermato nel contempo la propria decisione del 14 settembre 2005 (doc. 57).

- E. Con tempestivo gravame del 10 aprile 2006, consegnato alla Posta il 24 aprile successivo, S._____, regolarmente rappresentata dall'avv. Odilia de Blasi, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative. A suffragio delle sue conclusioni produce, oltre ad alcuni documenti già agli atti, anche alcune considerazioni medico-legali sul suo grado di invalidità stilate dal Dott. C.1_____ il 15 giugno 2006 ed un referto di un ecodopler rilasciato dall'Azienda Ospedaliera di Parma.

Ricevuta l'impugnativa, l'amministrazione ha sottoposto gli atti al Dott. S._____ del Servizio medico regionale (SMR), il quale, nella sua relazione dell'8 agosto 2006 considera l'interessata, alla luce della nuova documentazione prodotta, abile al 100% (seppur a determinate condizioni) in attività lucrative sostitutive fisicamente leggere e/o sedentarie mentre fissa un tasso di invalidità parziale del 22% in ambito domestico (doc. 59 e 59.1).

Nella sua risposta del 24 aprile 2006 l'UAIE propone pertanto la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono.

- F. Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione e di altra documentazione di rilievo, l'avv. Odilia De Blasi, con scritto del 2 ottobre 2006, ha ribadito l'intenzione della propria assistita di mantenere il ricorso.
- G. In data 14 marzo 2007 il Tribunale amministrativo federale ha comunicato alle parti la composizione del collegio giudicante. Entro il termine impartito non sono state presentate istanze di ricusa.

Considerando in 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 Legge 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 (UAI) concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate innanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della Legge federale su l'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).
- 1.3 Ai sensi del combinato disposto degli art. 3 lett. d^{bis} PA e 1 cpv. 1 LAI, la procedura in materia di assicurazioni sociali è disciplinata, di principio, dalla legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000, entrata in vigore il 1° gennaio 2003 (LPGA, RS 830.1).
- 1.4 Ai sensi dell'art. 48 PA 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.

Il ricorso appare 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.

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 nonchè 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.
- 2.3 L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 e (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71.
- 2.4 Per costante giurisprudenza l'ottenimento di una pensione straniera di invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (ATFA causa I 435/02 consid. 2 del 2 febbraio 2003; Revue à l'attention des caisses de compensations [RCC] 1989 p. 330). Alla stessa maniera, dopo l'entrata in vigore dell'ALC, il grado di invalidità di un assicurato che pretende una rendita di assicurazione-invalidità svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).
3. La legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali ha comportato la modifica di numerose disposizioni legali, segnatamente nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità.

Secondo l'art. 2 LPGa le disposizioni di questa legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Inoltre, l'art. 1 LAI stabilisce che 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.

È necessario precisare che, per quanto riguarda le prestazioni posteriori al 1° gennaio 2004, la presente procedura è disciplinata dalla LAI nel tenore in vigore a partire da questa data (IV revisione della LAI).

4.

- 4.1 Per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, un cittadino italiano deve cumulativamente 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).

In base all'art. 8 LPGA 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 mentre il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

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. 1^{ter} 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.

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).

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.

- 4.2 Qualora una prima richiesta di rendita sia stata negata perché il grado di 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 di invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 dell'Ordinanza federale su l'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 ed, in particolare, verificare se la modifica del grado di 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. 87ss. OAI, *Jurisprudence et pratique administrative* [Pratique VSI] 1999 pag. 8, DTF 117 V 198).

La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 113 V 275, consid. 1a, 109 V 116 consid. 3 b, 105 V 30; RCC 1989 p. 323, consid. 2a). Affinché sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. D'altra parte la modifica deve essere notevole, non tanto da un punto di vista astratto, ma piuttosto in relazione con l'art. 28 cpv. 1 LAI. In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (RCC 1987 p. 38 consid. 1a e 1985 pag. 336).

5. Conformemente alla giurisprudenza esposta sub. consid. 4.2 e come peraltro correttamente ammesso dall'amministrazione, il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 9 luglio 2004 (data della decisione su opposizione che ha respinto la seconda richiesta di prestazioni inoltrata il 14 marzo 2003) ed il 22 marzo 2006 (data della decisione su opposizione, qui avversata, che ha respinto la terza domanda di prestazioni inoltrata il 27 settembre 2004). Il Tribunale 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. Il Tribunale 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). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa il Tribunale federale ha già avuto modo di evidenziare che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena, se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176, 122 V 161, 104 V 212). Secondo il Tribunale federale i centri medici di accertamento dell'AI non possono essere considerati parte in causa, nel senso che sussiste un vincolo per cui l'istituto sarebbe obbligato a tenere in particolare considerazione gli interessi specifici dell'assicurazione invalidità (DTF 123 V 178; Pratique VSI 2001 pag. 110). Nell'ambito del libero apprezzamento delle prove è in linea di principio consentito all'amministrazione e al giudice fondare la propria decisione su basi di giudizio interne all'istituto assicuratore. Per quanto riguarda l'imparzialità e l'attendibilità di simili prove, devono tuttavia essere poste delle esigenze severe (DTF 122 V 157). In DTF 125 V 351 il Tribunale federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità (DTF 125 V 352). Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore, non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento (DTF 125 V 354). 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; Pratique VSI 2001 p. 109).

7.

7.1 Posto che 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 (doc. 39), dev'essere innanzitutto accertato se lo stato di salute dell'assicurata ha subito una modifica rilevante tra il 9 luglio 2004 ed il 22 marzo 2006.

7.2 Dalla documentazione agli atti si evince che l'assicurata è stata ricoverata in ospedale: dal 20 febbraio al 4 marzo 1993 per valvulopatia mitro-aortica (stenoinsufficienza aortica – stenosi mitralica), miofibroma uterino ed artrosi cervicale; dal 10 al 19 febbraio 1995 per valvulopatia mitralica-aortica, broncopatia cronica e orticarie; dal 9 al 27 dicembre 1996 per un intervento di sostituzione valvolare mitralica e aortica con protesi per steno-insufficienza aortica di grado severo e stenosi mitralica di grado moderato e dal 1° al 13 settembre 1997 per TIA cerebrale (doc. 11, 12, 13 e 16). Nonostante la gravità dell'affezione cardiopatica (terza classe funzionale NYHA: doc. 13), l'assicurata - dopo essersi sottoposta all'intervento del 10 dicembre 1996 - gode di compenso cardio-polmonare e di funzione ventricolare normale (rapporto della Dott.ssa J._____del servizio medico regionale del 6 febbraio 2004: doc. 27; perizia medica particolareggiata dell'INPS dell'11 novembre 2004: doc. 48). Ciò che è pure comprovato dalle ecocardiografie del 2 maggio 2003 e del 24 agosto 2004 (doc. 22 e 47). Allo stesso modo anche l'attacco di TIA cerebrale è stato curato con successo ritenuto che l'assicurata non è stata soggetta a ricadute. Infine soffre di problemi alla schiena con discopatia e spondiloartrosi con moderata incidenza funzionale. Il suo quadro fisico generale risulta abbastanza discreto nella misura in cui beneficia di: uno stato di nutrizione buono (peso 68 kg per 152 cm di altezza), un colorito normale, una vista sufficiente, un olfatto buono, un udito normale, pressione arteriosa (125/80) e pulsazioni a riposo (90/min.) nella norma (perizia medica particolareggiata dell'INPS dell'11 novembre 2004: doc. 48). Inoltre, lo stato di salute dell'assicurata attestato nel rapporto del 6 febbraio 2004 dalla Dott.ssa J._____, nei rapporti del 6 settembre 2005 dal Dott. P._____ e nel rapporto dell'8 agosto 2006 dal Dott. S._____, tutti attivi presso il servizio medico regionale (SMR), appare costante (doc. 25, 26, 27, 52, 52.1, 52.2, 59 e 59.1) ed il collegio giudicante non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le predette considerazioni mediche.

7.3 Stante quanto precede il collegio giudicante ritiene che nel periodo di riferimento lo stato di salute dell'assicurata non ha subito una modifica rilevante, presentandosi piuttosto stazionario.

8.

8.1 Di conseguenza, rimane ora da esaminare, se nel periodo di riferimento le conseguenze del predetto stato di salute sulla capacità di guadagno dell'assicurata hanno subito un cambiamento notevole.

8.2 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).

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 (artt. 5 e 28 cpv. 2^{bis} e art. 8 cpv. 3 LPGA). 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'assicurata viene determinato valutando se la stessa da sana, 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 ove tale eventualità si presenti alla luce della situazione personale, familiare, sociale ed economica con un grado di verosimiglianza preponderante (DTF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b).

- 8.3 Nella specie dev'essere rilevato che S._____, compilando il primo questionario per l'assicurato ha dichiarato di aver cessato l'attività lavorativa dal 31 dicembre 1981 senza tuttavia indicarne il motivo (doc. 10), mentre nel secondo questionario per l'assicurato ha precisato di aver cessato l'attività lavorativa dal 1981 per problemi di salute (doc. 44). Ora quest'ultima affermazione non è confortata dalla documentazione medica.

Infatti, dagli atti emerge che l'assicurata è stata ricoverata in ospedale per la prima volta dal 20 febbraio al 4 marzo 1993 allorquando ha molto verosimilmente iniziato a soffrire di valvulopatia mitroaortica (stenoinsufficienza aortica – stenosi mitralica; doc. 11). Ciò che è comprovato anche dal fatto che di seguito, e più precisamente dal 10 al 19 febbraio 1995, l'interessata è stata nuovamente ricoverata in ospedale per valvulopatia mitralica – aortica (doc. 12) come pure dalla relazione clinica del 9 dicembre 1996 del Dott. C._____ attestante che l'assicurata soffre da alcuni anni di valvulopatia mitro-aortica (doc. 13). Tanto è che, trattandosi di una malattia cardiaca grave (terza classe funzionale NYHA: doc. 13), l'interessata si è poi sottoposta il 10 dicembre 1996 ad un intervento di sostituzione valvolare mitralica e aortica con protesi per steno-insufficienza aortica di grado severo e stenosi mitralica di grado moderato (ricovero dal 9 al 27 dicembre 1996: doc. 13). Le affermazioni della ricorrente, giusta le quali avrebbe cessato di lavorare dal 31 dicembre 1981 per motivi di salute, non appaiono quindi oggettivamente attendibili.

Di conseguenza, posto che il periodo di riferimento del presente giudizio è quello intercorrente tra il 9 luglio 2004 ed il 22 marzo 2006, appare giustificato applicare alla presente fattispecie il metodo di valutazione specifico delle casalinghe, come peraltro correttamente ammesso dall'amministrazione, anzichè quello generale.

- 8.4 La Dott.ssa J._____del servizio medico regionale (SMR) nel suo rapporto del 6 febbraio 2004 è giunta alla conclusione che lo stato di salute dell'assicurata le impedisce di assolvere lavori medio-pesanti e pesanti (doc. 25, 26 e 27). Allo stesso modo i Dott. P._____ e S._____, ambedue del servizio medico regionale (SMR), condividono appieno il parere anzidetto della collega nella misura in cui anche loro ritengono, nei loro rapporti del 6 settembre 2005 rispettivamente dell'8 agosto 2006, che l'assicurata, a seguito della malattia al cuore e dei dolori alla schiena, non può più assolvere lavori pesanti (doc. 52, 52.1, 52.2, doc.

59 e 59.1). Il collegio giudicante non intravede ragioni che impediscano di far proprie le predette considerazioni mediche. Infatti, essi hanno compiutamente valutato il danno alla salute lamentato dall'assicurata sulla base di accertamenti approfonditi e completi (doc. 11-23, 45-47, 49 e documentazione medica fotostatica allegata al ricorso in esame) e pure sulla base delle risposte fornite dall'interessata nei questionari per gli assicurati occupati nell'economia domestica del 5 gennaio 2004 (doc. 9) e del 26 maggio 2005 (doc. 43) tenuto conto delle direttive 3093 e 3098 della circolare concernente l'invalidità e l'impotenza edita dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS, CIIAI), giungendo a conclusioni logiche e motivate in merito ad un tasso di invalidità parziale dell'assicurata, in ambito domestico, rispettivamente del 13% (doc. 25, 26 e 27), del 16% (doc. 52, 52.1 e 52.2) ed infine del 22% (doc. 59 e 59.1).

8.5 Stante quanto precede, il collegio giudicante è dell'avviso che le conseguenze dello stato di salute dell'assicurata sulla sua capacità di guadagno non hanno subito un cambiamento notevole tra il 9 luglio 2004 ed il 22 marzo 2006.

9.

9.1 A titolo abbondanziale è opportuno rilevare che non si raggiungerebbe il tasso minimo del 40% richiesto dalla legge per avere diritto al quarto di rendita nemmeno nell'ipotesi - ritenuta maggiormente favorevole per l'assicurata - in cui si dovesse procedere all'applicazione del metodo di valutazione generale anziché di quello specifico della casalinghe.

9.2 I Dott. P._____ e S._____ del Servizio medico regionale hanno infatti compiutamente valutato il danno alla salute lamentato dall'assicurata sulla base di accertamenti approfonditi e completi (doc. 11-23, 45-47, 49 e documentazione medica fotostatica allegata al ricorso in esame) giungendo a conclusioni logiche e motivate, considerando l'interessata, rispettivamente nei loro rapporti del 6 settembre 2005 e dell'8 agosto 2006, abile al 100% (seppur a determinate condizioni) in attività lucrative sostitutive fisicamente meno impegnative e, segnatamente, leggere e/o sedentarie (doc. 52, 52.1, 52.2, 59 e 59.1).

9.3 Conformemente a quanto esposto sub. consid. 8.2 l'invalidità è determinata stabilendo il rapporto fra il reddito del lavoro che l'assicurato conseguirebbe, dopo la manifestazione dell'invalidità e dopo l'esecuzione d'eventuali provvedimenti d'integrazione, nell'esercizio di un'attività lucrativa, ragionevolmente esigibile da lui in condizioni normali del mercato del lavoro, e il reddito che potrebbe conseguire se non fosse diventato invalido.

- 9.4 Sulla base delle statistiche pubblicate dall'Ufficio federale di statistica sulla struttura dei salari 2004 (tabella TA 1, valori nazionali, settore privato, categoria 4, femminile) il salario mensile medio, privo di invalidità, conseguibile quale manovale è di Fr. 4'333.--. Viceversa il salario mensile medio ottenibile in attività di tipo leggero non qualificate è di Fr. 4'152.-- quale venditrice nell'ambito del commercio in generale e Fr. 3'792.-- quale cassiera nell'ambito del commercio al dettaglio. Raffrontando il salario mensile medio, privo di invalidità, di Fr. 4'333.--, con il salario mensile medio più basso, conseguibile nonostante l'invalidità, di Fr. 3'792.-- e applicando anche la riduzione massima del 25% consentita dalla giurisprudenza per tenere conto dei fattori personali dell'assicurata (DTF 126 V 75) si giunge ad un introito teorico mensile, dopo l'insorgenza dell'invalidità, di Fr. 2'844.--. Il confronto fra un reddito privo di invalidità di Fr. 4'333.-- ed un introito teorico mensile, dopo l'insorgenza dell'invalidità, di Fr. 2'844.-- comporta una perdita di guadagno del 34.36 % $\{[(4'333 - 2'844.) \times 100] : 4'333\}$, tasso che esclude il riconoscimento del diritto alla rendita AI.
10. S._____ 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. Poiché nella presente procedura si tratta di decidere il riconoscimento rispettivamente il rifiuto di prestazioni assicurative, non vengono prelevate spese processuali.

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1. Il ricorso è respinto e la decisione impugnata del 22 marzo 2006 è confermata.
2. Non si prelevano spese processuali. Non vengono assegnate indennità per spese ripetibili.
3. Comunicazione:
 - alla rappresentante della ricorrente (raccomandata A/R),
 - all'autorità inferiore (n. di rif. _____),
 - all'Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

Rimedi di diritto:

Questa sentenza può essere impugnata entro 30 giorni dalla notifica innanzi al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna (cfr. art. 42, 48, 100 della legge federale del 17 giugno 2005 sul Tribunale federale, LTF, RS 173.110).

In applicazione dell'Accordo fra la Svizzera e la Comunità europea ed i suoi stati membri sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999, dell'allegato II e del Regolamento (CEE) 1408/71, il ricorso può essere depositato nel termine di 30 giorni presso un ufficio postale del Paese di domicilio dell'assicurato o presso l'Istituto nazionale della previdenza sociale locale.

La presidente del collegio:

La cancelliera:

Elena Avenati-Carpani

Paola Carcano

Data di spedizione: