



Corte III
C-3047/2006
{T 0/2}

Sentenza dell'8 agosto 2008

Composizione

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

Parti

M._____,
rappresentata dal Patronato INCA, Ufficio legale,
_____,
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 per l'invalidità.

Fatti:

A. M._____, cittadina svizzera, nata il _____, coniugata dal _____ con prole, ha lavorato in Svizzera dal 1968 al 1975 e dal 1977 al giugno 1982 solvendo durante tali periodi i contributi dovuti all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI). Dopo il rimpatrio ha lavorato in proprio dall'agosto 1982 fino al dicembre 1989 allorquando si è ritirata definitivamente dal lavoro per ragioni che imputa alle sue condizioni precarie di salute. È titolare di una pensione di invalidità italiana di Euro 133.78 dal 1° febbraio 1996. In data 16 agosto 1999, M._____ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità che è stata respinta con decisione del 7 febbraio 2000 dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) cresciuta in giudicato per carenza della condizione assicurativa dopo il rimpatrio avvenuto nell'estate 1982. In data 31 maggio 2004, M._____ ha nuovamente formulato una richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1-33).

B. Nel corso del 2005 l'assicurata ha versato agli atti il questionario per l'assicurato ed il questionario per indipendenti datati 12 luglio 2005 (doc. 41 e 42). L'assicurata è stata visitata il 29 settembre 2004 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di Casarano (Lecce), ove il sanitario incaricato ha evidenziato la diagnosi di cardiopatia ipertensiva, retinopatia ipertensiva, obesità, artrosi cervico dorso-lombare, coxartrosi, dislipidemia, sindrome depressiva in terapia farmacologica ed insufficienza venosa agli arti inferiori ed ha posto un tasso di invalidità parziale dell'80% in rapporto all'ultima attività lavorativa svolta senza esprimersi in merito a qualsiasi altra attività confacente alle attitudini dell'assicurata (doc. 75). Sono stati inoltre esibiti un referto radiologico del 24 marzo 1983 (attestante un'inversione della lordosi cervicale, una discopatia tra L5/S1 e note di artrosi a carico del tratto dorsale; doc. 44), un referto rx del rachide del 21 febbraio 1990 (attestante un'inversione della fisiologica lordosi cervicale con note cervicoartrosiche a carico dei corpi inferiori ed aspetti spondiloartrosici anche al tratto dorsale medio-inferiore; doc. 45), l'attestazione di ricovero dal 10 al 12 gennaio 2005 per spondiloartrosi cervicale in soggetto con ipertensione arteriosa, scarsa tolleranza al glucosio, eccesso ponderale ed ernia ombelicale (doc. 46 e 47), un referto radiologico del 28 settembre

1995 (attestante note cervicoartrosiche a carico di C5 e C6, scomparsa della fisiologica lordosi cervicale, accentuazione della cifosi dorsale con aspetti spondiloartrosici diffusi, marcata riduzione dello spazio intersomatico L5-S1 per discopatia, non significative alterazioni a carico dell'anca dx e del ginocchio sin.; doc. 48), una relazione di Consulenza Tecnica d'Ufficio del 7 ottobre 1997 del Dott. A._____ (giusta il quale l'assicurata è invalida al 75% dal luglio 1995/gennaio 1996 in quanto affetta da: poliartropatia, ipertensione arteriosa con iniziale cardiopatia ipertensiva, insufficienza venosa a carico degli arti inferiori ed obesità; doc. 49) oltre ad un insieme di documenti medici obiettivi (referti di: ECG, visite cardiologiche, mammografia ed ecografia mammaria, visita ed ecografia ginecologica, esami ematochimici, TC, RX, visita endocrinologa, visite ortopediche, certificati medici, monitoraggio dinamico non invasivo della pressione arteriosa, visita oculistica; un certificato medico del 22 settembre 2004 del neurologo Dott. C._____ giusta il quale l'assicurata è affetta da sindrome depressiva trattata farmacologicamente) relativi al periodo 2000-2004 (doc. 50-74).

Con scritto del 7 febbraio 2005 (doc. 81) l'assicurata ha inoltre prodotto un insieme di documenti medici obiettivi (certificati medici, cartelle audiologiche, ecografia) relativi al mese di ottobre 2004 (doc. 76-80), documenti medici obiettivi (referti di: esami ematochimici, visita neurologica, ECG e certificati medici, ecc.) relativi al 2005 (doc. 82-91) oltre ad una relazione clinica del 7 luglio 2005 del Dott. F._____ giusta la quale, peraltro, le patologie di cui è affetta l'assicurata hanno comportato l'insorgenza di una sindrome ansioso-depressiva reattiva che malgrado una buona risposta alla terapia con antidepressiva ed ansiolitici per lunghi periodi la rende totalmente inabile (doc. 92).

C. Nel suo rapporto del 19 settembre 2005 il Dott. P._____ del servizio medico regionale (SMR), ha posto la diagnosi "principale" di sindrome vertebrale lombare con problemi degenerativi e discopatie L5-S1 e "secondaria" (con influsso sulla capacità lavorativa) di cervicalgie con discopatia C5-C6, ipoacusia destra dall'infanzia e sindrome del tunnel carpale bilaterale (predominante a destra) e "secondaria" (senza influsso sulla capacità lavorativa) di obesità, umore depresso, ipertensione arteriosa, sindrome metabolica, insufficienza venosa bilaterale ed ernia ombelicale voluminosa riducibile. Dopo aver analizzato il caso sotto il profilo delle malattie di lunga durata, il medico dell'UAIE è giunto alla conclusione che

l'assicurata è da ritenersi abile al 100% in qualsiasi attività lavorativa a condizione che siano rispettati i seguenti limiti funzionali generali: attività adatta in posizione libera seduta o in piedi, senza costrizione né rotazione del tronco e senza portata di pesi di carico superiore ai 5-10 kg (doc. 93 e 94).

Con decisione del 23 settembre 2005 l'UAIE ha pertanto respinto la richiesta di prestazioni di M._____ (doc. 96).

Quest'ultima ha formulato opposizione in data 25 ottobre 2005, chiedendo in sostanza il riconoscimento del suo diritto a prestazioni assicurative (doc. 97). A suffragio delle sue conclusioni ha prodotto un'attestazione del 10 settembre 2002 (giusta la quale l'assicurata è stata riconosciuta invalida civile al 75%; doc. 98) oltre ad un insieme di documenti medici obiettivi (ECG e vari certificati medici) relativi al 2005 (doc. 99, 101-103) e ad una relazione clinica del 27 ottobre 2005 del Dott. F._____ (giusta la quale l'assicurata presenta un'inabilità al lavoro del 75% dal 1995 e del 100% attuale; doc. 104.3).

In data 8 novembre 2005 M._____, regolarmente rappresentata dal Patronato INCA di B._____, ha confermato la propria opposizione ed ha precisato di chiedere il riconoscimento del suo diritto ad una mezza rendita, rispettivamente ad una rendita intera, dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a decorrere dal maggio 2004 (doc. 105). A suffragio delle sue conclusioni ha prodotto, in data 10 novembre 2005 ed in data 6 aprile 2006, documentazione medica già agli atti (doc. 106 e 107). È stata inoltre prodotta la sentenza del 28 gennaio 1998 con cui l'assicurata è stata riconosciuta invalida civile al 75% a decorrere dal 1° febbraio 1996 (doc. 109). In data 18 luglio 2006 è stato pure esibito il questionario per gli assicurati occupati nell'economia domestica del 12 luglio 2006 nel quale l'interessata afferma di non essere praticamente più in grado di svolgere le mansioni domestiche che competono ad una casalinga e dichiara di necessitare dell'aiuto di terzi (segnatamente della figlia) per tutti i lavori (doc. 110).

Ricevuta l'opposizione, l'UAIE ha sottoposto l'incarto alla Dott.ssa S._____ del proprio servizio medico, la quale, alla luce della documentazione prodotta, nel suo rapporto del 14 settembre 2006 (doc. 113 e 113.1) - dopo aver rilevato che le risposte fornite dall'interessata nel questionario per gli assicurati occupati

nell'economia domestica (doc. 110) sono incomplete e tenuto conto della situazione medica dell'assicurata in relazione alle incombenze domestiche (famiglia composta da tre persone adulte) - ha applicato le direttive 3093 e 3098 della circolare concernente l'invalidità e l'impotenza edita dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS, CIIAI) giungendo alla conclusione che l'assicurata presenta un'incapacità quale casalinga del 20% dal 7 ottobre 1997 (cfr. relazione di Consulenza Tecnica d'Ufficio del 7 ottobre 1997 del Dott. A._____: doc. 49) e del 36% dal luglio 2005 (cfr. relazione clinica del 7 luglio 2005 del Dott. F._____: doc. 92).

Mediante decisione su opposizione del 26 ottobre 2006, l'UAIE ha respinto la predetta opposizione e confermato nel contempo la propria decisione del 23 settembre 2005 (doc. 114).

D. Con gravame del 15 novembre 2006, interposto presso la Commissione federale AVS/AI di ricorso per le persone residenti all'estero (CFR), M._____, regolarmente rappresentata dal Patronato INCA di B._____, chiede, sostanzialmente, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto ad una mezza rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a decorrere dal maggio 2003. A suffragio delle sue conclusioni produce documentazione medica obiettiva (esami di laboratorio, ECG, referto pneumologico, vari certificati medi, referto endoscopico, ecc.) relativa al 2006.

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.

Ricevuto il ricorso, l'amministrazione ha sottoposto nuovamente gli atti alla Dott.ssa S._____, la quale, nel suo rapporto medico del 4 gennaio 2007, ha riaffermato integralmente la sua precedente valutazione (doc. 116). L'UAIE, nella sua risposta del 12 gennaio 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 INCA, con replica del 20 febbraio 2007, ha ribadito

l'intenzione della propria assistita di mantenere il ricorso.

In data 8 aprile 2008 il Tribunale amministrativo federale (TAF) ha comunicato alle parti la composizione del collegio giudicante. Entro il termine impartito nell'ordinanza non sono state presentate istanze di ricusa.

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 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 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (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.

2.2 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.

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

3. 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 17 giugno 2007 entrate in vigore dal 1° gennaio 2008 (5a revisione della LAI). Di seguito vengono quindi citate le disposizioni della LAI e della LPGGA nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007.

4. La ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 31 maggio 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 31 maggio 2003 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 26 ottobre 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).

5. 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.

6.

6.1 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; il cpv. 2 della stessa norma stabilisce che l'invalidità è considerata insorgere quando, per natura e gravità, motiva il diritto alla singola prestazione.

6.2 L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 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 il 1° giugno 2002 dell'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), 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 svizzero risiede nell'UE.

6.3 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).

6.4 Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo di attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività (art. 6 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.

7.

7.1 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).

7.2 Ai fini del presente giudizio 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 (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).

7.3 Nella specie dev'essere rilevato che M._____, compilando il questionario per l'assicurato del 12 luglio 2005 (doc. 41), ha dichiarato di aver cessato l'attività lavorativa nel dicembre del 1989 per un aggravamento del suo stato di salute. Ora quest'ultima affermazione non è confortata dalla documentazione medica agli atti che, invero, inizia ad assumere rilievo al più presto a partire dal 1995 (cfr. doc. 46-48). Ciò che è pure comprovato dal fatto che il Dott. A._____, nella sua relazione di Consulenza Tecnica d'Ufficio del 7 ottobre 1997, considera l'assicurata invalida al 75% (in quanto affetta da poliartropatia, ipertensione arteriosa con iniziale cardiopatia ipertensiva, insufficienza venosa a carico degli arti inferiori ed obesità) a decorrere dal luglio 1995/gennaio 1996 (doc. 49). Di conseguenza, appare giustificato applicare alla presente fattispecie il metodo di valutazione specifico delle casalinghe, come peraltro correttamente ammesso dall'amministrazione, anziché quello generale.

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; Jurisprudence et pratique administrative [Pratique VSI] 2001 p. 109).

9.

9.1 Nel caso di specie la diagnosi rilevante ai fini del presente giudizio, risulta essere condivisa essenzialmente da tutti i medici che si sono espressi in modo oggettivo in merito. L'assicurata risulta essere affetta da sindrome vertebrale lombare con problemi degenerativi e discopatie L5-S1, cervicalgie con discopatie C5-C6, ipoacusia destra dall'infanzia, sindrome del tunnel carpale bilaterale (predominante a destra), obesità, sindrome depressiva, ipertensione arteriosa, sindrome metabolica (con intolleranza glicidica, dislipidemia e HTA), insufficienza venosa bilaterale, ernia ombelicale, steatosi epatica, diabete di tipo II, iniziale cardiopatia ischemica, fibromatosi uterina e noduli mammari benigni (perizia medica INPS di Casarano del 29 settembre 2004; rapporto medico del 19 settembre 2005 del Dott. P._____; rapporti medici del 14 settembre 2006 e del 4 gennaio 2007 della Dott.ssa S._____, relazione di Consulenza Tecnica d'Ufficio del 7 ottobre 1997 del Dott. A._____, relazione clinica del 7 luglio e del 27 ottobre 2005 del Dott. F._____. Il collegio giudicante non intravede quindi ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni convergenti inerenti alla 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 dell'80% in relazione all'ultimo lavoro svolto senza tuttavia esprimersi in merito ad un'attività lavorativa adeguata alle sue condizioni (doc. 75) mentre il Dott. A._____, nella sua relazione di Consulenza Tecnica d'Ufficio del 7 ottobre 1997, considera l'assicurata invalida al 75% a decorrere dal luglio 1995/gennaio 1996 (doc. 49) ed il Dott. F._____, nella sua relazione clinica del 27 ottobre 2005, è dell'avviso che l'assicurata presenta un'inabilità al lavoro del 75% dal 1995 e del 100% attuale (doc. 104.3). Dal canto suo il Dott. P._____, nel suo rapporto del 19 settembre 2005, considera l'assicurata abile al 100% in qualsiasi attività lavorativa a determinate condizioni (attività adatta in posizione libera seduta o in piedi, senza costrizione né rotazione del tronco e senza portata di pesi di carico superiore ai 5-10 kg: doc. 93 e 94). Infine, la Dott.ssa S._____ ha ritenuto, nel suo rapporto del 14 settembre 2006 - confermato integralmente nel suo rapporto del 4 gennaio 2007 alla luce di tutta la documentazione medica obiettiva prodotta dall'assicurata - che quest'ultima presenta un'incapacità quale casalinga, nonostante le indicazioni lacunose riportate nell'apposito questionario, del 20% dal 7 ottobre 1997 (cfr. relazione di Consulenza Tecnica d'Ufficio del 7 ottobre 1997 del Dott. A._____: doc. 49) e del 36% dal luglio 2005 tenuto conto di un'economia domestica composta da tre persone adulte come pure delle difficoltà che essa potrebbe incontrare nell'ambito dei lavori più pesanti (cfr. relazione clinica del 7 luglio 2005 del Dott. F._____: doc. 92).

10.2 Nella specie, il Tribunale può condividere le conclusioni cui è pervenuta la Dott. S._____ nelle sue relazioni del 14 settembre 2006 e del 4 gennaio 2007, tanto più che la nuova documentazione esibita in sede di ricorso non apporta elementi suscettibili di modificare i precedenti pareri. Il danno alla salute lamentato dall'assicurata è infatti stato valutato sulla base di accertamenti approfonditi e completi. In particolare risulta che la ricorrente presenta diverse affezioni tra le quali un'obesità importante. Ora, una perdita di peso rilevante sarebbe suscettibile di diminuire una buona parte dei sintomi. Le limitazioni funzionali dal punto di vista osteoarticolare sono modeste e la cardiopatia ischemica è allo stadio iniziale, la pressione arteriosa essendo trattata in modo soddisfacente. Nonostante la diagnosi di bronchite cronica, le funzioni polmonari sono nei limiti della

norma, come pure i risultati delle analisi di laboratorio. Per quanto concerne la sindrome depressiva, risulta che la precedente terapia è stata abbandonata per motivi sconosciuti, la ricorrente presenta tuttora unicamente un'insonnia e un umore depresso. Pertanto il Tribunale può ritenere che le attività di casalinga in un'economia domestica di tre adulti sono compatibili con lo stato di salute dell'assicurata ed esigibili in misura superiore al 60%.

11. M._____ non ha dunque diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Il ricorso deve quindi essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

12. Non si prelevano spese processuali. Non vengono assegnate indennità per spese ripetibili (art. 64 PA *a contrario*).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Non si prelevano spese processuali. Non vengono assegnate indennità per spese ripetibili.

3.

Comunicazione a:

- rappresentante della ricorrente (atto giudiziario),
- autorità inferiore (n. di rif. _____),
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

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: