



Corte III
C-3135/2007
{T 0/2}

Sentenza del 24 settembre 2008

Composizione

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

Parti

L._____,
rappresentata dal Patronato INCA CGIL, _____,
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli
assicurati residenti all'estero UAIE,**
avenue Edmond-Vaucher 18, casella postale 3100,
1211 Ginevra 2,
autorità inferiore.

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità.

Fatti:

A. L._____, cittadina spagnola, nata il _____, sposata dal _____, ha lavorato in Svizzera dal 1969 al 1998 solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI) durante tale periodo. Rientrata in Italia, ha lavorato in proprio quale sarta fino al 30 novembre 2000, data a partire dalla quale si è dedicata all'attività di casalinga. In data 27 dicembre 2005, L._____ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1-12).

B. L'assicurata è stata visitata il 16 marzo 2006 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) di B._____, ove il sanitario incaricato ha evidenziato la diagnosi di "esiti qse mammella dx (2003) per carcinoma duttale infiltrante con metastasi linfonodali trattato con PCT + DT, in terapia con nolvadex e ipertensione arteriosa in trattamento" ed ha posto un tasso di invalidità parziale del 70% in relazione all'ultima attività lavorativa svolta (precisando che l'assicurata è in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri e semi-pesanti (doc. 79). È stata inoltre esibita una cospicua documentazione medica obiettiva relativa al periodo 2003-2006 per lo più concernente (e/o correlata con) l'affezione oncologica, oltre al verbale della Commissione sanitaria per l'accertamento degli stati di invalidità civile del 14 settembre 2005 giusta il quale l'assicurata è stata riconosciuta invalida civile al 70% (doc. 13-78).

Sono stati inoltre prodotti il questionario per gli assicurati occupati nell'economia domestica ed il questionario per l'assicurato, ambedue del 19 ottobre 2006 (doc. 10 e 12).

C. Nel suo rapporto del 1° febbraio 2007 la Dott.ssa S._____ del servizio medico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), dopo aver posto la diagnosi principale di "carcinoma mammario infiltrante duttale destro con metastasi linfonodali in 2/20 linfonodi" e (senza ripercussione sulla capacità di lavoro) di "esiti di poliomielite destra, gonartrosi destra e ipertensione arteriosa" ed aver analizzato il caso sotto il profilo delle malattie di lunga durata, è giunta alla conclusione che l'assicurata è da ritenersi inabile nell'attività abituale di casalinga al 50% dal 24 novembre 2003 ed al 30% dal 1° luglio 2004 (doc. 81).

D. Con progetto di decisione del 5 febbraio 2007 l'amministrazione ha comunicato all'assicurata che la sua richiesta del 27 dicembre 2005 volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità avrebbe dovuto essere respinta per carenza d'invalidità di grado pensionabile (doc. 82). Entro il termine impartito per presentare eventuali osservazioni, l'assicurata è rimasta silente. Con decisione del 13 aprile 2007 l'UAIE ha quindi comunicato a L._____ che la sua domanda era stata respinta (doc. 83).

E. Con gravame del 2 M._____o 2007, spedito il 3 M._____o successivo alla scrivente Autorità, L._____, regolarmente rappresentata dal Patronato INCA-CGIL di B._____, 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, oltre al verbale della Commissione sanitaria per l'accertamento degli stati di invalidità civile del 14 settembre 2005 già agli atti, i seguenti nuovi documenti: il referto di una visita oncologica di controllo del 5 gennaio 2007, un certificato medico del 28 febbraio 2007 del Dott. C._____, un certificato medico del 6 marzo 2007 del Dott. F._____ ed una relazione medica del 21 marzo 2007 del Dott. M._____ giusta il quale l'assicurata è affetta da "neoplasia mammaria ad alto rischio di recidiva, postumi di poliomielite in età infantile con ipovalidità arto sup. e inf. sin. aggravati da artrosi della colonna cervicale e dorsolombare con discopatie multiple, meniscopatia del ginocchio dx con importante gonalgia, sindrome del tunnel carpale bilaterale ed ipertensione arteriosa in trattamento farmacologico" e ritiene, pertanto, che la sua capacità di guadagno e di lavoro siano permanentemente ridotte in misura dell'80%.

Ricevuto il ricorso, l'amministrazione ha sottoposto nuovamente gli atti alla Dott.ssa S._____, la quale, nel suo rapporto medico del 13 settembre 2007, ha ribadito integralmente la sua precedente valutazione (doc. 85). Nelle sue osservazioni responsive del 17 settembre 2007 l'amministrazione propone pertanto la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono.

Invitata a replicare, la parte ricorrente non ha risposto nel termine impartito.

In data 15 novembre 2007 la ricorrente ha versato l'anticipo di 300.- franchi equivalente alle presunte spese processuali.

Diritto:

1. In virtù dell'art. 31 della legge sul Tribunale amministrativo federale del 17 giugno 2005 (LTAF, RS 173.32), questo tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate agli art. 33 e 34 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'UAIE concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate 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 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.

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 inoltre 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 (5^a 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 27 dicembre 2005. In deroga all'art. 24 LPGA, 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 il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 27 dicembre 2004 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 13 aprile 2007, data della decisione impugnata. 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 due 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). 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 LPGGA), 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 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili.

8.

8.1 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b; 110 V 275, 105 V 207). In base all'art. 16 LPGGA, 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 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 LPGGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (art. 5 e 28 cpv. 2^{bis} e art. 8 cpv. 3 LPGGA). L'art. 27 dell'ordinanza sull'assicurazione per l'invalidità del 17 gennaio 1961 (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. 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 L._____, compilando il questionario per l'assicurato del 19 dicembre 2006, ha dichiarato di aver cessato l'attività lavorativa il 30 novembre 2000 per chiusura della propria ditta di sartoria e di essersi dedicata, a partire da detta data, all'attività di casalinga (doc. 12). Di conseguenza, appare giustificato applicare alla presente fattispecie il metodo di valutazione specifico delle casalinghe, come peraltro correttamente ammesso dall'amministrazione, anziché quello generale.

9. 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).

10.

10.1 Nel caso di specie la diagnosi rilevante ai fini del presente giudizio, nel periodo di cognizione in oggetto (cfr. considerando 5), risulta essere condivisa essenzialmente da tutti i medici che si sono espressi in merito. L'assicurata è affetta da esiti di intervento di quadrantectomia centrale con dissezione linfonodale (2003) per carcinoma duttale infiltrante (ad alto rischio di recidiva) a medio grado di differenziazione G2 di 1.2 cm con focale componente di tipo cribiforme con metastasi linfonodali in 2/20 linfonodi trattato con chemioterapia adiuvante per 6 cicli (fino a M._____o del 2004) e quindi, di seguito, ad ormonoterapia con tamoxifene e radioterapia. L'assicurata è affetta altresì da: postumi di poliomielite, ipertensione arteriosa, gonartrosi destra, meniscopatia del ginocchio destro con gonalgia e sospetto tunnel carpale bilaterale (perizia medica INPS del 16 marzo 2006, rapporti medici del 1° febbraio e del 13 settembre 2007 della Dott.ssa S._____ e relazione medica del 21 marzo 2007 del Dott. M._____). Il collegio giudicante non intravede quindi ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni convergenti inerenti la diagnosi.

10.2 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.

11.

11.1 Per quanto concerne le conseguenze invalidanti, il sanitario incaricato dell'INPS ha posto un tasso d'invalidità parziale del 70% in relazione all'ultima attività lavorativa svolta (precisando che l'assicurata è in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri e semi-pesanti (doc. 79). Dal canto suo la Dott.ssa S._____, nei suoi rapporti del 1° febbraio e del 13 settembre 2007, è sostanzialmente dell'avviso che l'assicurata è da ritenersi inabile nell'attività abituale di casalinga al 50% dal 24 novembre 2003 ed al 30% dal 1° luglio 2004 (doc. 81). Infine, il Dott. M._____, nella sua relazione medica del 21 marzo 2007, ritiene che la sua capacità di guadagno e di lavoro dell'assicurata siano permanentemente ridotte in misura dell'80%.

11.2 Ora, dalla documentazione agli atti si evince che, L._____ si è sottoposta, in data 25 novembre 2003, ad un intervento di quadrantectomia centrale con dissezione linfonodale con diagnosi di carcinoma duttale infiltrante (ad alto rischio di recidiva) e dopo di che si è sottoposta ad un trattamento chemioterapico adiuvante per 6 cicli (fino a M._____o del 2004) e quindi, di seguito, ad ormonoterapia con tamoxifene e radioterapia sulla mammella residua. Dalla visita di controllo oncologica del 5 gennaio 2007 non emergono segni di ripresa della neoplasia, gli esami obiettivi eseguiti risultano essere nella norma e le è prescritto il proseguimento del trattamento ormonale in atto con tamoxifene. Dalla documentazione agli atti si evince altresì che l'assicurata ha una costituzione robusta (statura 165 cm per 80 kg) con portamento ed andatura normali. L'apparato

sensoriale come pure quelli respiratorio (a parte un respiro aspro), cardiocircolatorio (a parte l'ipertensione arteriosa), digerente, locomotorio (a parte delle lievi ipotrofonie dell'arto superiore destro dolente alla mobilizzazione su tutti i piani) e genito-urinario sono nella norma. Parimenti dicasi per il sistema nervoso-psichico (cfr. perizia particolareggiata dell'INPS del 16 marzo 2006). L'assicurata è affetta altresì da postumi di poliomelite risalente tuttavia all'età infantile e da ipertensione arteriosa (pressione arteriosa 150/90 e 64 pulsazioni al minuto) trattata farmacologicamente in modo soddisfacente. Le problematiche riconducibili alla gonartrosi destra ed alla meniscopatia del ginocchio destro con gonalgia come pure al sospetto tunnel carpale bilaterale (diagnosticate nel febbraio/marzo 2007) sono trattabili farmacologicamente e/o, all'occorrenza, altresì chirurgicamente con prognosi favorevole nell'arco di settimane o pochi mesi. Facendo quindi astrazione dal periodo in cui L._____ è stata sottoposta all'intervento di quadrantectomia centrale ed ai conseguenti trattamenti di chemio e radioterapia (dal 24 novembre 2003 al M._____o/giugno 2004), il suo stato di salute appare essere discreto ed, a seguito delle patologie di cui essa è affetta, risulta essere obiettivamente impedita esclusivamente nell'assolvimento di lavori medio-pesanti (cfr. perizia particolareggiata dell'INPS del 16 marzo 2006). Nel suo rapporto del 1° febbraio 2007 - confermato integralmente nel suo rapporto del 13 settembre 2007 alla luce di tutta la documentazione medica obiettiva prodotta dall'assicurata - la Dott.ssa S._____ ha ritenuto, che quest'ultima presenta un'incapacità quale casalinga, del 30% dal 1° luglio 2004 tenuto conto di un'economia domestica composta da due persone adulte come pure delle difficoltà che essa potrebbe incontrare nell'ambito dei lavori medio-pesanti. Il medico dell'UAIE è giunto a conclusioni logiche e motivate suffragate da accertamenti approfonditi e completi, sulla base altresì delle risposte fornite dall'interessata nel questionario per gli assicurati occupati nell'economia domestica del 19 ottobre 2006 (doc. 10) e tenuto conto delle direttive 3093 e 3098 della circolare concernente l'invalidità e l'impotenza edita dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS, CIIAI). Su questo punto, il collegio giudicante non intravede quindi ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è pervenuto il medico dell'UAIE.

11.3 Sulla scorta delle considerazioni che precedono, il collegio giudicante è quindi dell'avviso che l'assicurata è stata inabile nell'attività di casalinga al 100% dal 24 novembre 2003 al 30 giugno 2004 mentre beneficia di una capacità di lavoro in ambito domestico del 70% a decorrere dal 1° luglio 2004. L. _____ allo scadere del termine di attesa di un anno non presenta pertanto un grado d'invalidità del 40% almeno e non ha quindi diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Il ricorso deve quindi essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

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.

2.

A titolo di spese processuali si prelevano 300.- franchi, importo compensato dal corrispondente anticipo versato dalla ricorrente in data 15 novembre 2007. Non si assegnano ripetibili.

3.

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 la presente decisione può essere interposto ricorso in materia di diritto pubblico al Tribunale federale, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerna, entro un termine di 30 giorni dalla sua notificazione (art. 82 e segg., 90 e segg. e 100 della legge sul Tribunale federale del 17 giugno 2005 [LTF, RS 173.110]). Gli atti scritti devono contenere le conclusioni, i motivi e l'indicazione dei mezzi di prova ed essere firmati. La decisione impugnata e – se in possesso della parte ricorrente – i documenti indicati come mezzi di prova devono essere allegati (art. 42 LTF).

Data di spedizione: