



Corte III
C-6024/2007
{T 0/2}

Sentenza del 14 dicembre 2009

Composizione

Giudici Vito Valenti (presidente del collegio),
Michael Peterli e Johannes Frölicher,
cancelliera Marcella Lurà.

Parti

A. _____,
patrocinata dall'avvocato Ilario Bernasconi,
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 (decisione
dell'8 agosto 2007).

Fatti:**A.**

A._____, cittadina svizzera residente in Italia, nata il (...), vedova con due figli, ha lavorato in Svizzera nel 1963, dal 1965 al 1967, dal 1970 al 1978, dal 1982 al 1993 e dal 2002 al 2003, solvendo contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo (doc. 8). Dal 1° aprile 2002 al 1° ottobre 2003 è stata alle dipendenze della ditta B._____ in qualità di rappresentante, in ragione di 40 ore alla settimana. Ha interrotto il lavoro il 1° ottobre 2003 per motivi di salute (doc. 16 e 18). L'assicurata percepisce, a far tempo dal 1° settembre 2001, una rendita vedovile dell'assicurazione svizzera per i superstiti (doc. 1). Il 22 dicembre 2004, ha formulato una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 2).

B.

Nel corso dell'istruttoria, l'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) ha in particolare assunto agli atti la seguente documentazione:

- un certificato medico del 15 ottobre 2003, da cui risulta che la paziente lamenta affaticamento con astenia, vertigini ed episodi lipotimici e la medesima necessita di riposo (doc. 19);
- un referto di esami ematici del 17 ottobre 2003 (doc. 20);
- un referto di esame TSA colordoppler del 28 ottobre 2003 (doc. 21);
- un referto di visita cardiologica del 14 novembre 2003, in cui è evidenziato "non soffi cardiaci né carotidei" ed indicato che l'interessata presenta un buon compenso di circolo (doc. 22);
- un referto di esame cardiaco del 10 dicembre 2003, nel quale è segnalato "test negativo per ischemia miocardica da lavoro" (doc. 23.1 a 23.12);
- un referto di esame endocrinologico dell'8 marzo 2004 (doc. 24);

- un referto di esame cardiaco del 9 marzo 2004, attestante "test positivo per sincope neuromediata" (doc. 25);
- un referto di esami ematici e delle urine del 30 marzo 2004 (doc. 26);
- una relazione cardiologica del 7 aprile 2004, in cui è, da un lato, posta la diagnosi di episodi sincopali neuromediati con risposta cardioinibitoria nonché ipercolesterolemia e, dall'altro, indicato che l'interessata è stata ricoverata dal 5 al 7 aprile 2004 per impianto di pace-maker definitivo bicamerale (doc. 26);
- un referto di visita cardiologica del 13 aprile 2004, nel quale è evidenziato "buon funzionamento del pacemaker in portatrice di ricorrenti sincopi neuromediate di tipo cardioinibitorio con fenomeni di ipotensione ortostatica; non sincopi" (doc. 29);
- una scheda concernente i controlli ambulatoriali cardiologici dal 13 aprile 2004 all'8 settembre 2005 (doc. 44);
- un certificato medico del 6 maggio 2004 (mal leggibile), giusta il quale l'interessata a seguito di episodio lipotimico con caduta ha riportato frattura stiloide ulnare sinistra e distorsione cervicale (doc. 30);
- un certificato medico dell'8 maggio 2004 (mal leggibile), nel quale è posta la diagnosi segnatamente di frattura stiloide ulnare sinistra nonché trauma distorsivo rachide cervicale (30/4/04) e ritenuta un'incapacità lavorativa per 30 giorni (doc. 31);
- la decisione del 17 giugno 2004 mediante la quale la Cassa svizzera di compensazione ha deciso di erogare in favore dell'assicurata una rendita dell'assicurazione svizzera per i superstiti a decorrere dal 1° settembre 2001 (doc. 1);
- un referto di visita cardiologica del 14 luglio 2004, in cui è segnalato "buon funzionamento del pacemaker in portatrice di ricorrenti sincopi neuromediate di tipo cardioinibitorio con fenomeni di ipotensione ortostatica; non sincopi" (doc. 32);

- un certificato medico del 30 agosto 2004 (mal leggibile), da cui emerge che la paziente riferisce segnatamente episodio lipotimico (doc. 33);
- un certificato medico del 3 settembre 2004, secondo cui l'interessata (con riferimento all'infortunio del 30 aprile 2004) presenta cervicalgia, sindrome vertiginosa e limitazione funzionale antalgica polso sinistro (doc. 34);
- un referto di esame cardiaco del 4 settembre 2004, da cui appare la diagnosi di sincopi neuromediate nonché pacemaker bicamerale; nello stesso è altresì indicato "non aritmie di rilievo" (doc. 35);
- un referto di visita cardiologica del 15 ottobre 2004, attestante episodi presincopali di natura neurovegetativa a componente vasodepressiva; nello stesso, è consigliato un periodo di precauzione (sei mesi) prima di riprendere la consueta attività lavorativa (frequenti spostamenti in automobile) (doc. 36);
- un referto di esami dell'8 novembre 2004 (doc. 37 e 37.1);
- un certificato medico del 1° dicembre 2004 (mal leggibile), giusta il quale l'interessata a seguito di un episodio presincopale ha riportato trauma cranico in regione parietale destra e contusione spalla destra (doc. 38);
- una relazione cardiologica del 3 gennaio 2005, nella quale, da un lato, è segnalato un netto miglioramento clinico (a seguito dell'impianto del pacemaker) con significativa riduzione degli eventi sincopali e, dall'altro, indicato il persistere di manifestazioni presincopali nonostante l'osservanza di misure di prevenzione (doc. 39);
- la perizia medica particolareggiata E 213 della previdenza sociale italiana effettuata il 24 gennaio 2005, in cui è segnalata la diagnosi di episodi sincopali neuromediate con risposta cardioinibitoria trattati con impianto di pacemaker definitivo nonché ipercolesterolemia in trattamento e postulata, conformemente alle disposizioni di legge del Paese di residenza, un'invalidità del 40% nella precedente attività (rappresentante corsi di lingue straniere) (doc. 41);

- un certificato medico del 21 febbraio 2005, da cui risulta che la paziente presenta ferita lacero contusa (FLC) alla radice del naso causata da caduta a seguito di un episodio lipotimico; nello stesso, è ritenuta un'incapacità lavorativa per 8 giorni (doc. 40);
- un certificato medico del 29 aprile 2005, nel quale è evidenziata la diagnosi di neuropatia vagale e segnalato che la paziente presenta episodi lipotimici dal giugno del 2003 e che la medesima ha continuato a svolgere attività lavorativa sino alla fine di settembre del 2003 (doc. 42);
- un referto di esame cardiaco del 10 giugno 2005 (doc. 43);
- un certificato medico del 20 settembre 2005 (mal leggibile), da cui emerge che l'interessata ha riportato segnatamente escoriazioni al 2° dito mano destra e al 2° dito mano sinistra in seguito a un episodio lipotimico con caduta (doc. 45);
- una relazione medica del 13 ottobre 2005 del dott. C._____, nella quale è evidenziata la diagnosi di grave tendenza a sincopi neuromediate nonché importante sindrome ansioso-depressiva ed è segnalato che, a seguito dell'impianto di pacemaker, gli episodi sincopali si sono ridotti, mentre le manifestazioni presincopali (capogiro, nausea, sudorazione, obnubilamento visivo, senso di smarrimento) si sono intensificate; è postulato un trattamento igienico-dietetico-fisioterapico e ritenuta una completa inabilità lavorativa sia nella precedente attività (rappresentante e addetta a pubbliche relazioni) che in un'attività adeguata alle sue condizioni (lavoro senza frequenti cambiamenti posturali, senza salire le scale, senza necessità di guidare, senza utilizzo di macchinari o manipolazione di oggetti) (doc. 46);
- il questionario per l'assicurato del 3 novembre 2005 (doc. 16);
- il questionario per il datore di lavoro del 14 dicembre 2005 (doc. 18).

C.

Nel suo rapporto del 7 febbraio 2006, il dott. D._____, del Servizio medico regionale (SMR) "Rhône", ha esposto la diagnosi di stato dopo

sincope neurovegetative. Il medico ha osservato che l'assicurata è stata attiva quale rappresentante di corsi di lingue straniere (frequenti viaggi con l'auto) e che la stessa non lavora più dal 1° ottobre 2003. Ha rilevato che la medesima è stata affetta da sincope a partire dall'ottobre del 2003, ha subito un intervento di impianto di pacemaker nell'aprile del 2004, che tale intervento ha comportato un buon decorso e che l'interessata soffre ancora solo di presincope e si sottopone a regolari controlli. L'assicurata ha altresì riportato una frattura stiloide ulnare. Il menzionato medico ha infine reputato che la stessa non è comunque affetta da alcuna notevole patologia. Egli ha altresì ritenuto che l'interessata, a causa dei lunghi viaggi in auto, non può più esercitare l'attività di rappresentante; per contro, l'esercizio di un'attività adeguata è esigibile. Ha quindi fissato un'incapacità al lavoro dell'assicurata del 100% nella precedente attività, a far tempo dal 1° ottobre 2003, ma l'ha considerata abile al 100% in un'attività confacente al suo stato di salute (lavoro a tempo pieno, con cambiamento della posizione nonché senza necessità di guidare), quale sorvegliante di posteggio/museo, addetta alla vendita per corrispondenza/al telefono/su internet, cassiera, venditrice di biglietti, addetta alla registrazione di dati/classificazione/archiviazione/ricezione/centralino/scansione ottica di documenti, a decorrere dal 1° giugno 2004 (doc. 49).

D.

Il 27 aprile 2006, l'UAIE ha effettuato una valutazione del grado d'invalidità dell'interessata sulla base di un salario mensile da valida di fr. 3'837.--, conseguibile come rappresentante nel 2004 (secondo le indicazioni del datore di lavoro e della ricorrente stessa [doc. 18 e 16] nonché l'evoluzione dell'indice dei salari per un'impiegata tra il 2003 e il 2004 [cfr. statistiche pubblicate dall'Ufficio federale di statistica]), e l'ha contrapposto ad un salario da invalida per le attività di sostituzione proposte dal dott. D._____, tenuto conto di un salario medio mensile di fr. 3'640.-- nella categoria "servizi pubblici e personali" nonché di un orario medio usuale di 41.7 ore settimanali (cfr. statistiche pubblicate dall'Ufficio federale di statistica), ossia fr. 3'795.--. Quest'ultimo importo è stato ridotto del 25% ($3'795 - 949 = 2'846$), per tenere conto delle particolarità personali e professionali dell'interessata. Perciò, l'UAIE ha confrontato un reddito da valida di fr. 3'837.-- ad uno teorico da invalida di fr. 2'846.--. Il calcolo della perdita di guadagno è stato indicato come segue: $[(3'837 - 2'846) \times 100] : 3'837 = 25,82\%$ (doc. 50).

E.

Il 22 maggio 2006, l'autorità inferiore ha respinto la domanda di prestazioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Ha osservato che l'assicurata non ha subito né un'incapacità permanente di guadagno né un'incapacità al lavoro media sufficiente per un anno, ai sensi delle disposizioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. In particolare, ha precisato che l'esercizio di un'attività lucrativa più leggera confacente allo stato di salute dell'assicurata medesima (quale ad esempio sorvegliante di parcheggi/musei, addetta a vendita per corrispondenza, cassiera, bigliettaia, impiegata in un ufficio) è da considerare esigibile in misura sufficiente per escludere il diritto ad una rendita (doc. 51).

F.

Il 22 giugno 2006, l'interessata ha formulato opposizione contro il menzionato provvedimento dell'UAIE. Ha postulato il riconoscimento del suo diritto ad una rendita intera. Ha segnalato che le patologie di cui è affetta, segnatamente manifestazioni presincopali nonché importante sindrome ansioso-depressiva, non le consentono di svolgere una qualsiasi attività lucrativa, neppure leggera. Ha segnalato che – conto tenuto della sua età (61 anni), delle affezioni di cui soffre, della circostanza poco probabile che un datore di lavoro sia disposto ad assumerla e della breve durata del rapporto di lavoro (poco più di un anno) – non si può esigere da lei l'esercizio delle attività di sostituzione indicate dall'autorità inferiore su un mercato del lavoro equilibrato. Infine, ha osservato che, a prescindere dal fatto se siffatte attività sostitutive siano da lei ragionevolmente esigibili, l'esercizio delle stesse le permetterebbe di percepire un reddito teorico mensile di fr. 1'000.--, tale da determinare, nell'ambito del calcolo per la valutazione dell'invalidità, il riconoscimento del suo diritto ad almeno tre quarti di rendita d'invalidità (doc. 52).

G.

Nella decisione su opposizione dell'8 agosto 2007, l'autorità inferiore ha rilevato che l'incapacità al lavoro è stata determinata dal proprio servizio medico dopo esame dei documenti medici agli atti. Secondo il servizio medico, lo stato di salute dell'interessata è tale da provocare a partire dal 1° ottobre 2003 un'incapacità al lavoro del 100% nella precedente attività lavorativa. Detto servizio medico ha pure considerato la medesima abile al 100% dal 1° giugno 2004 in un'attività sostitutiva confacente al suo stato di salute (lavoro che

consenta un cambiamento della posizione nonché senza necessità di salire le scale e di guidare). In particolare, l'autorità inferiore ha sottolineato che l'assenza di un'occupazione lucrativa in ragione dell'età, delle circostanze concrete del mercato del lavoro o di una formazione insufficiente, non giustifica il riconoscimento di una rendita. Infine, ha osservato che l'assicurata, nell'ambito di attività di sostituzione, presenta un grado d'invalidità del 26%, che esclude il riconoscimento del diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. L'autorità inferiore ha quindi respinto l'opposizione dell'interessata e confermato la propria decisione del 22 maggio 2006 (doc. 53).

H.

Il 10 settembre 2007, l'interessata ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale contro la decisione dell'UAIE dell'8 agosto 2007 mediante il quale ha chiesto, sostanzialmente, il riconoscimento del suo diritto ad una rendita intera d'invalidità a far tempo dal 1° giugno 2004. Ha ribadito che le patologie da cui è affetta (grave tendenza a sincopi neuromediate con crisi di perdita di coscienza, stato dopo posa di un pacemaker bicamerale, manifestazioni presincopali, quali capogiri, nausea, sudorazione, obnubilamento visivo e senso di smarrimento, nonché importante sindrome ansioso-depressiva) non le consentono di svolgere una qualsiasi attività lucrativa confacente al suo stato di salute. Ha altresì precisato di presentare una completa incapacità al lavoro. Infine, ha segnalato che, in virtù della sua età, delle affezioni di cui soffre, della sua formazione nonché esperienza professionale, non si può esigere da lei l'esercizio delle attività di sostituzione indicate dall'autorità inferiore su un mercato del lavoro equilibrato (doc. TAF 1).

I.

Nella risposta al ricorso del 30 novembre 2007, l'autorità inferiore ha proposto la reiezione del gravame. Ha precisato che nel caso di specie è possibile limitarsi ad esaminare se la ricorrente avesse diritto ad una rendita il 22 dicembre 2003 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda) oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 10 ottobre 2007 (data in cui l'interessata ha compiuto i 64 anni). In particolare, ha sottolineato che il diritto alla rendita si estingue con l'inizio del diritto ad una rendita di vecchiaia. Ha pure segnalato che nel menzionato periodo determinante l'assicurata ha percepito una rendita vedovile dell'assicurazione

svizzera per i superstiti e precisato che le persone vedove che adempiono contemporaneamente le condizioni del diritto a una rendita per l'invalidità, beneficiano di una rendita intera d'invalidità. Tuttavia, in virtù del rapporto medico del febbraio 2006 nonché della valutazione del grado d'invalidità dell'aprile 2006, l'autorità inferiore ha ritenuto che l'assicurata non ha subito un'incapacità al lavoro media sufficiente per un anno, ai sensi delle disposizioni dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. Per conseguenza, non ha mai subito un'invalidità di livello pensionabile. Infine, l'autorità inferiore ha rilevato che la ricorrente non ha allegato alcun fatto nuovo e neppure ha esibito nuova documentazione suscettibile di giustificare un diverso apprezzamento (doc. TAF 5).

J.

Con provvedimento del 10 dicembre 2007, il Tribunale amministrativo federale ha concesso alla ricorrente la facoltà di pronunciarsi in merito alla risposta al ricorso presentata dall'autorità inferiore (doc. TAF 6), facoltà di cui l'insorgente non ha fatto uso.

K.

Con decisione incidentale del 15 gennaio 2008 (notificata il 16 gennaio 2008; doc. TAF 8 [avviso di ricevimento]), questo Tribunale ha invitato la ricorrente a versare, nel termine di 30 giorni dalla notificazione della decisione incidentale medesima, un anticipo di fr. 300.-- a copertura delle presumibili spese processuali. L'anticipo è stato versato il 18 gennaio 2008 (doc. TAF 7 a 9).

Diritto:

1.

1.1 Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale [LTAF, RS 173.32]), rispettivamente l'ammissibilità dei gravami che gli vengono sottoposti (DTF 133 I 185 consid. 2 e relativi riferimenti).

1.2 Riservate le eccezioni – non realizzate nel caso di specie – di cui all'art. 32 LTAF, questo Tribunale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF in combinazione con l'art. 33 lett. d LTAF e l'art. 69 cpv. 1 lett. b della legge federale del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 della

legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021), rese dall'Ufficio AI per le persone residenti all'estero.

1.3 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 cpv. 1 LAI, le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26^{bis} e 28-70), sempre che la LAI non deroghi alla LPGA.

1.4 Presentato da una parte direttamente toccata dalla decisione e avente un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modifica (art. 59 LPGA), il ricorso – interposto tempestivamente e rispettoso dei requisiti previsti dalla legge (art. 60 LPGA nonché art. 52 PA) – è pertanto ammissibile.

2.

2.1 Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera e la Comunità europea ed i suoi Stati membri sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il relativo 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), che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e si sostituisce a qualsiasi convenzione di sicurezza sociale che vincoli due o più Stati (art. 6 Regolamento), come pure il 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). L'art. 3 del regolamento (CEE) n° 1408/71 sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro della Comunità europea ed i cittadini svizzeri.

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 d'invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (v. sentenza del Tribunale federale I 435/02 del 4 febbraio 2003 consid. 2). Anche in seguito all'entrata in vigore dell'ALC, il grado d'invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

3.1 Secondo l'art. 2 LPGA, le disposizioni della legge stessa sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano.

3.2 L'esame del diritto a prestazioni secondo la LAI è retto dal tenore della LAI al momento della decisione impugnata in virtù del principio secondo il quale sono determinanti le norme materiali in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto giuridicamente determinante (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti). Le disposizioni della 5a revisione della LAI, in vigore dal 1° gennaio 2008, non sono pertanto applicabili nel caso concreto e di seguito è fatto riferimento alle disposizioni in vigore fino al 31 dicembre 2007.

3.3 La ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 22 dicembre 2004. In deroga all'art. 24 LPGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo l'inizio del diritto, le prestazioni sono assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, questo Tribunale può limitarsi ad esaminare se

la ricorrente avesse diritto ad una rendita il 22 dicembre 2003 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data e l'8 agosto 2007, data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina la decisione impugnata sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa. Tiene conto dei fatti verificatisi dopo tale data quando essi possano imporsi quali elementi d'accertamento retrospettivo della situazione anteriore alla decisione stessa (DTF 129 V 1 consid. 1.2 e DTF 121 V 362 consid. 1b).

4.

Secondo le norme applicabili, ogni richiedente, per avere diritto ad una rendita dell'assicurazione invalidità svizzera, deve adempiere cumulativamente le seguenti condizioni:

- essere invalido ai sensi della LPGA e della LAI (art. 8 LPGA nonché art. 4, 28 e 29 cpv. 1 LAI);
- aver pagato i contributi durante un anno intero (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. Rimane ora da esaminare se sia invalida ai sensi di legge.

5.

5.1 L'invalidità ai sensi della LPGA e della LAI è l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata che può essere conseguente ad infermità congenita, malattia o infortunio (art. 8 LPGA e 4 cpv. 1 LAI). Secondo l'art. 7 LPGA, è considerata incapacità al guadagno la 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. 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).

5.2 Giusta l'art. 28 cpv. 1 LAI, in vigore dal 1° gennaio 2004, l'assicurato ha diritto ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60% e ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%. In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo sulla libera circolazione, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1^{ter} LAI, secondo cui le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50%, ma pari almeno al 40%, sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPG), non è più applicabile segnatamente quando l'assicurato è cittadino dell'UE o svizzero e risiede nell'UE (DTF 132 V 423 consid. 6.4.1 e sentenza del Tribunale federale I 702/03 del 28 maggio 2004 consid. 1 e relativi riferimenti).

5.3 Il diritto alla rendita, secondo l'art. 29 cpv. 1 LAI, nasce, il più presto, nel momento in cui l'assicurato presenta un'incapacità permanente al guadagno pari almeno al 40% (lettera a), oppure quando egli è stato per un anno senza notevoli interruzioni, incapace al lavoro per almeno il 40% in media (lettera b). La lettera a della citata norma si applica allorché lo stato di salute dell'assicurato si è stabilizzato ed è essenzialmente irreversibile e suscettibile di pregiudicare la capacità di guadagno probabilmente in modo permanente, in una misura giustificante il riconoscimento di una rendita (sentenza del Tribunale federale I 146/02 del 5 agosto 2002). La lettera b se lo stato di salute è labile, vale a dire suscettibile di evolvere verso un miglioramento od un peggioramento (DTF 111 V 21 consid. 2). Un danno alla salute tipicamente labile può essere reputato relativamente stabilizzato soltanto se la sua natura si è modificata a tal punto che si possa ammettere non essere verosimilmente suscettibile di subire modifiche di rilievo in un futuro presagibile (sentenza del Tribunale federale I 282/01 del 4 ottobre 2001; DTF 119 V 98 consid. 4a).

5.4 Un'incapacità al lavoro del 20% deve essere presa in considerazione per il calcolo dell'incapacità al lavoro media giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI (cfr. nota marginale 2020 della Circolare sull'invalidità e la grande invalidità nel suo tenore applicabile fino al 31 dicembre 2007; *Jurisprudence et pratique administrative des autorités d'exécution de l'AVS/AI [Pratique VSI] 1998 p. 126 consid. 3c).*

6.

6.1 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGGA è di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b, DTF 110 V 273 e DTF 105 V 205). 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; metodo generale del raffronto dei redditi). Se non è possibile determinare o stimare in maniera attendibile i due redditi di cui si tratta, si deve procedere, ispirandosi al metodo specifico applicabile alle persone non esercitanti un'attività lucrativa (art. 27 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità [OAI; RS 831.201]), al confronto delle attività e valutare il grado d'invalidità ritenendo l'incidenza della diminuita capacità di rendimento sulla situazione economica concreta (metodo straordinario di graduazione; v. sentenza del Tribunale federale I 782/03 del 24 maggio 2006 consid. 2.3, DTF 128 V 29 e DTF 104 V 135). Peraltro, l'invalidità degli assicurati che esercitano solo parzialmente un'attività lucrativa e per il resto sono dediti allo svolgimento delle proprie mansioni va computata secondo il metodo ordinario del raffronto dei redditi (art. 16 LPGGA) per la parte di attività lucrativa, mentre in merito all'impedimento a svolgere le mansioni consuete l'invalidità deve essere valutata sulla base di un confronto delle attività – da attuare mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97) – conformemente all'art. 27 OAI. In tal caso occorre determinare la parte rispettiva dell'attività lucrativa e quella del compimento degli altri lavori abituali e calcolare il grado d'invalidità globale in funzione dell'impedimento nei due ambiti in questione (metodo misto; cfr. DTF 125 V 148 consid. 2; sentenze del Tribunale federale 9C_35/2007 del 4 aprile 2008 consid. 2, I 503/04 del 13 settembre 2006 consid. 2, nonché in particolare I 382/04 del 18 ottobre 2005 consid. 2 e I 540/02 del 12 maggio 2004 consid. 2).

6.2 L'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce pertanto, e di principio, 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. 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; metodo specifico). L'art. 27 OAI precisa che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità.

6.3 Benché l'invalidità sia una nozione economico-giuridica, le certificazioni mediche possono costituire importanti elementi per apprezzare il danno invalidante e per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (DTF 115 V 133 consid. 2 e DTF 114 V 310 consid. 3c).

7.

7.1 Giusta il principio inquisitorio che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 LPGa), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio i necessari accertamenti e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a).

Se gli accertamenti svolti d'ufficio permettono all'amministrazione o al giudice, che si sono fondati su un apprezzamento diligente delle prove, di giungere alla convinzione che certi fatti presentino una verosimiglianza preponderante, e che ulteriori misure probatorie non potrebbero modificare questo apprezzamento, è superfluo assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; UELI KIESER, ATSG-Kommentar, 2a ed., Zurigo 2009, art. 42 n. 19 pag. 536; sentenza del Tribunale federale K 24/04 del 20 aprile 2005; DTF 122 II 464 consid. 4a). In tal caso, non sussiste una violazione del diritto costituzionale di essere sentito secondo l'art. 29 cpv. 2 Cst. (Sozialversicherungsrecht [SVR] 2001 IV n. 10 pag. 28).

7.2 In virtù degli art. 12 e 13 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il tribunale accerta, con la collaborazione delle parti, i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente.

8.

8.1 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. Affinché il giudizio medico acquisti valore di prova rilevante, esso deve essere completo in merito ai temi sollevati, deve fondarsi, in piena conoscenza della pregressa situazione valetudinaria (anamnesi), su esami approfonditi e tenere conto delle censure sollevate dal paziente, per poi giungere in maniera chiara a fondate, logiche e motivate deduzioni. Peraltro, per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è determinante né la sua origine né la sua denominazione – ad esempio quale perizia o rapporto – ma il suo contenuto (DTF 125 V 351 consid. 3a).

8.2 In particolare, per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha stabilito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dal parere degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie (sentenza del Tribunale federale U 505/06 del 17 dicembre 2007). Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, o altri rapporti da cui emergono validi motivi per farlo e, meglio, se l'opinione di altri esperti appare sufficientemente fondata da mettere in discussione le conclusioni peritali (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

8.3 Per quel che riguarda le perizie di parte, il Tribunale federale ha precisato che esse contengono considerazioni specialistiche che possono contribuire ad accertare i fatti, da un punto di vista medico. Malgrado esse abbiano lo stesso valore probatorio di una perizia giudiziaria, il giudice deve valutare se questi referti medici sono atti a mettere in discussione la perizia giudiziaria oppure quella ordinata dall'amministrazione (DTF 125 V 351). Giova altresì rilevare come debba essere considerato con la necessaria prudenza l'avviso dei medici curanti, i quali possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza dei particolari legami che essi hanno con gli stessi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

8.4 Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro. Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e quale sia l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

9.

9.1 Dalla documentazione medica agli atti emerge che la ricorrente soffre segnatamente di episodi sincopali neuromediati con risposta cardioinibitoria trattati con impianto di pacemaker definitivo nonché ipercolesterolemia in trattamento (cfr. perizia medica particolareggiata E 213 del 24 gennaio 2005 pag. 8).

9.2 Si tratta di affezioni di carattere 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 di attesa di un anno. Pertanto, la ricorrente potrebbe pretendere una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità solo a partire dal momento in cui ha subito, senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa di almeno il 40% durante un anno.

10.

10.1 Nella fattispecie in esame, occorre determinare se la ricorrente ha subito nel periodo determinante (cfr. consid. 3.3 del presente giudizio), e senza interruzione notevole, un'incapacità lavorativa media di almeno il 40% durante un anno giusta l'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI.

10.2 Dalle carte processuali emerge che la ricorrente ha esercitato un'attività lucrativa sino all'ottobre del 2003. In particolare, da aprile del 2002 è stata alle dipendenze della ditta B._____, come rappresentante, in ragione di 40 ore alla settimana. Ha interrotto il lavoro il 1° ottobre 2003 per motivi di salute (doc. 16 e 18).

10.3 Nel suo rapporto del 7 febbraio 2006, il dott. D._____, del SMR Rhône, ha constatato, sulla base della documentazione medica agli atti, che la ricorrente ha sofferto di sincopi neurovegetative (ottobre 2003), che ha subito un intervento di pacemaker (aprile 2004), che il decorso postoperatorio è risultato privo di complicanze e che, dopo l'intervento chirurgico dell'aprile 2004, la stessa presenta solo episodi presincopali. Ha in particolare ritenuto che l'affezione al cuore di cui soffre l'insorgente – stato dopo sincopi neurovegetative – ha impedito alla medesima l'esercizio della precedente attività di rappresentante dall'ottobre 2003, ma che tale patologia non comporta alcuna limitazione funzionale determinante in un'attività sostitutiva e che teoricamente un'attività confacente al suo stato di salute avrebbe potuto essere esercitata dal 1° giugno 2004. Secondo questo Tribunale, non vi è ragione di scostarsi da questa valutazione, ritenuto come la stessa trovi fondamento anche nella perizia medica particolareggiata E 213 del gennaio 2005 e nei documenti agli atti. Quest'ultima fa stato di episodi sincopali trattati con impianto di pacemaker nonché ipercolesterolemia in trattamento, senza peraltro indicazioni precise riguardo a specifiche limitazioni funzionali. È stata certo evidenziata una capacità lavorativa del 60% solamente nella precedente attività lavorativa, senza che da tale documento si possa trarre elementi a favore di un'eventuale incapacità lavorativa del 40% almeno a partire dal 1° giugno 2004 in un'attività sostitutiva confacente allo stato di salute dell'insorgente. Dalla documentazione medica risulta in particolare che la ricorrente è stata sottoposta ad un intervento di pacemaker nell'aprile del 2004 (doc. 28), che il pacemaker presenta un buon funzionamento (doc. 32) e che, a seguito dell'intervento chirurgico, la medesima ha subito un netto miglioramento clinico con significativa riduzione degli eventi sincopali, pur evidenziandosi ancora episodi presincopali nonostante l'osservanza delle misure e dello stile di vita raccomandati (doc. 36 e 39). I rapporti di visita medica cardiologica non comportano altresì alcuna indicazione in merito ad una specifica inabilità lavorativa e neppure al relativo grado in attività sostitutive leggere. La ricorrente ha certo sottolineato, con scritto del 22 giugno 2006 successivo alla decisione del 22 maggio 2006 dell'UAIE, ma pure in sede di ricorso, che le affezioni di cui soffre non le consentono di esercitare una qualsiasi attività lucrativa e giustificano un'invalidità del 100%. Tuttavia, non ha prodotto nuova documentazione medica suscettibile di dimostrare la sussistenza della pretesa invalidità. L'insorgente appare fondare la sua opinione sulla base della relazione medica del 13 ottobre 2005 del

dott. C._____, specialista in medicina interna ed ematologia (doc. 46). Occorre tuttavia precisare che nella misura in cui tale rapporto medico si riferisce alle note diagnosi di sincopi trattate mediante pacemaker nonché episodi presincopali non apporta alcun (nuovo) elemento medico oggettivo con riferimento ad eventuali limitazioni funzionali aventi un'incidenza determinante sulla capacità lavorativa della ricorrente in un'attività sostitutiva leggera. Il dott. C._____ segnala d'altra parte che, dopo l'intervento chirurgico, le condizioni dell'insorgente sono migliorate, segnatamente gli episodi sincopali si sono ridotti. Inoltre, nel suo rapporto non è dimostrato che i residui episodi sincopali (o quelli presincopali) siano di tale gravità e frequenza da giustificare ad essi soli un'incapacità lavorativa determinante della ricorrente nell'esercizio d'attività sostitutive adeguate e leggere. Laddove il certificato medico in questione fa stato di una nuova patologia – la sindrome ansioso-depressiva – questa non è corroborata da riscontri medici oggettivi nella relazione medesima, in particolare da una classificazione secondo un metodo scientifico riconosciuto, né da indicazioni precise circa l'incidenza dell'indicata affezione sulla capacità lavorativa (peraltro da alcuno degli altri documenti agli atti appare che la ricorrente soffre di un'affezione psichica suscettibile d'incidere in modo determinante sulla sua capacità lavorativa). Ne discende che la valutazione clinica medico-legale del dott. C._____ non comporta una motivazione convincente e logica con riferimento alle ragioni che stanno alla base della conclusione d'inabilità lavorativa del 100% in un'attività confacente allo stato di salute.

10.4 L'insorgente ha pure segnalato, in sede di ricorso, che non si può altresì esigere da lei l'esercizio delle attività di sostituzione indicate dall'autorità inferiore dal momento che non è in grado di recarsi al lavoro con un mezzo di trasporto pubblico e che sul luogo di lavoro non può accedere alle scale oppure all'ascensore. Tuttavia, alcuno dei documenti medici agli atti riferisce che la medesima è incapace di far fronte ai normali atti della vita quotidiana rispettivamente che necessita di assistenza per gli spostamenti fuori casa. In siffatte circostanze, ben poteva l'autorità inferiore decidere il caso sulla base della documentazione medica agli atti senza dovere procedere d'ufficio ad ulteriori accertamenti, non risultando dalla documentazione sufficienti indizi che potessero giustificare dubbi od incertezze riguardo all'esito della causa.

10.5 Sulla scorta della documentazione medica e delle considerazioni che precedono, questo Tribunale ritiene che la ricorrente, da ottobre 2003, non avrebbe più potuto svolgere il lavoro di rappresentante nella misura indicata dal dott. D._____ nel suo rapporto del 7 febbraio 2006 in quanto controindicato rispetto alle patologie descritte. A lei sarebbero comunque state proponibili al 100% a partire da giugno 2004 attività sostitutive, quali quelle di sorvegliante di posteggio o museo, addetta alla vendita per corrispondenza/al telefono/su internet, cassiera, bigliettaia, impiegata in un ufficio.

11.

Occorre pertanto determinare se le attività di sostituzione proposte dall'autorità inferiore siano ragionevolmente esigibili dall'assicurata tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro (art. 16 LPGA).

11.1 Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, il concetto di mercato del lavoro equilibrato è una nozione teorica ed astratta implicante, da una parte, un certo equilibrio tra offerta e domanda di manodopera e, dall'altra, un mercato del lavoro strutturato in modo tale da offrire una gamma di posti di lavoro diversificati. Secondo questi criteri si dovrà di caso in caso stabilire se l'invalido possa mettere a profitto le sue residue capacità di guadagno e conseguire un reddito tale da escludere il diritto ad una rendita (v. sentenza del Tribunale federale I 871/02 del 20 aprile 2004; DTF 110 V 273 consid. 4b).

11.2 Al fine di esaminare in quale misura un assicurato possa ancora sfruttare la sua residua capacità di guadagno sul mercato del lavoro entrante in considerazione, non vanno poste esigenze eccessive riguardo alla concretizzazione delle possibilità di lavoro e delle prospettive di guadagno (v. sentenze del Tribunale federale 9C_236/2008 del 4 agosto 2008 consid. 4.2 e 9C_446/2008 del 18 settembre 2008 consid. 4.2). Pertanto, ai fini della determinazione dell'invalidità, non si deve esaminare se un invalido possa essere collocato rispetto alle circostanze concrete del mercato del lavoro, ma valutare unicamente se quest'ultimo possa sfruttare la sua residua capacità lavorativa allorquando le attività disponibili corrispondono all'offerta di manodopera. Tuttavia, al riguardo non ci si deve fondare su possibilità di impiego irrealistiche oppure prendere in considerazione un tipo di attività quasi sconosciuto dal mercato del

lavoro. In particolare, l'esistenza di un'attività ragionevolmente esigibile (art. 28 cpv. 2 LAI) deve essere negata qualora l'attività sia esigibile in una forma talmente ristretta da non rientrare più nell'offerta lavorativa generale oppure a condizione di concessioni irrealistiche da parte di un datore di lavoro (v. sentenza del Tribunale federale I 61/05 del 27 luglio 2005 consid. 4.3 e relativi riferimenti).

11.3 Fattori quali l'età, l'insufficiente formazione o le difficoltà linguistiche non possono venir ignorati nella determinazione, in un caso concreto, delle attività ragionevolmente esigibili dall'assicurato; gli stessi non costituiscono altresì delle circostanze supplementari suscettibili di influenzare il grado di invalidità, anche se talvolta rendono difficile, perfino impossibile, la ricerca di un impiego e quindi la messa a profitto della residua capacità lavorativa. Tuttavia, allorquando si tratta di determinare l'invalidità di un assicurato prossimo all'età di pensionamento, si deve effettuare un esame complessivo della fattispecie e verificare se quest'ultimo è (o era) in grado, in modo realistico, di reperire un'occupazione su un mercato del lavoro equilibrato (v. sentenze del Tribunale federale I 61/05 del 27 luglio 2005 consid. 4.4 e relativi riferimenti, I 819/04 del 27 maggio 2005 consid. 2.2). Indipendentemente dall'obbligo di ogni assicurato di diminuire il danno (v. DTF 123 V 230 consid. 3c e relativi riferimenti), l'amministrazione rispettivamente il giudice deve accertare, nel caso concreto, se un potenziale datore di lavoro sarebbe disposto ad assumere l'assicurato tenuto conto segnatamente delle attività esigibili da quest'ultimo rispetto alle affezioni fisiche e psichiche, dell'eventuale adattamento del suo posto di lavoro al suo handicap, della sua esperienza professionale e della sua situazione sociale, delle sue capacità di adattamento ad un nuovo impiego, del salario e delle contribuzioni sociali, nonché della prevedibile durata del rapporto di lavoro (v. sentenze del Tribunale federale I 61/05 del 27 luglio 2005 consid. 4.4, I 891/04 del 27 maggio 2005 consid. 2.2, I 462/02 del 26 maggio 2003 consid. 2, I 401/01 del 4 aprile 2002 consid. 4).

11.4 Quanto all'esigibilità e alla possibilità per l'insorgente di esercitare una nuova attività in un mercato equilibrato del lavoro, questo Tribunale osserva che la medesima, nata il (...), aveva 61 anni al momento della nascita – nell'ottobre del 2004 – del diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità, momento in cui è opportuno piazzarsi per determinare l'esigibilità di un cambiamento d'attività (v. sentenze del Tribunale federale 9C_612/2007 del 14 luglio

2008 consid. 5.2, I 761/04 del 17 agosto 2004 consid. 3.3.1 e I 462/02 del 26 maggio 2003 consid. 3.2). In considerazione dell'età avanzata della ricorrente, appare necessario un esame globale ed approfondito secondo la menzionata giurisprudenza. La medesima, nonostante le patologie di cui soffre secondo la diagnosi certa riportata al considerando 9.2 del presente giudizio, può svolgere – secondo l'opinione del medico SMR Rhône interpellato e che si è fondato su documentazione sufficiente per potere fondare un giudizio convincente in merito – un'attività sostitutiva a tempo pieno (v. in dettaglio sulle attività sostitutive adeguate alle condizioni della ricorrente il considerando 10.4 del presente giudizio). In particolare, durante la sua carriera professionale l'insorgente ha svolto l'attività di rappresentante (doc. 16 e 18; v. anche gravame del 10 settembre 2007 pag. 2, doc. TAF 1), ossia un lavoro che appare comportare sia contatti con la clientela che compiti amministrativi. Inoltre, dal ricorso del 10 settembre 2007 risulta che la stessa dispone di una formazione di tipo commerciale (segnatamente ha frequentato un apprendistato di commercio) (v. gravame del 10 settembre 2007 pag. 2; doc. TAF 1). Ritenuto segnatamente il genere d'attività sostitutive in esame e la natura delle sue affezioni, un adattamento del posto di lavoro alle condizioni di salute della ricorrente non risulta altresì necessario rispettivamente è di semplice realizzazione. Questo Tribunale osserva pure che alla stessa si presenta un ventaglio relativamente ampio di professioni possibili (e sufficientemente specificate) nel settore dei servizi (segnatamente impiegata d'ufficio e venditrice per corrispondenza/al telefono/su internet), con mansioni semplici e ripetitive, che non richiedono necessariamente la messa in atto di particolari misure di reintegrazione professionale. Infine, va rilevato che un eventuale rapporto di lavoro avrebbe potuto proseguire per tre anni (fino all'età di pensionamento secondo il diritto svizzero). Da quanto esposto, discende che si può ragionevolmente esigere dalla ricorrente che abbia a mettere a profitto la sua residua capacità lavorativa in attività leggere adattate su un mercato del lavoro equilibrato.

12.

Infine, occorre esaminare la conformità del tasso d'invalidità calcolato dall'autorità inferiore.

12.1 Questo Tribunale osserva, con riferimento al calcolo effettuato dall'autorità inferiore secondo le indicazioni del datore di lavoro e sulla

base dei menzionati dati statistici del 2004 per la determinazione del tasso d'invalidità, di cui al documento n. 50, trasmesso all'insorgente mediante il provvedimento di questo Tribunale del 10 dicembre 2007 (doc. TAF 6), che la ricorrente non ha contestato i ricavati dati sulla base delle tabelle dell'Ufficio federale di statistica per la determinazione dei salari senza e con invalidità per il 2004 (per un tasso d'invalidità del 26%; il calcolo della perdita di guadagno è stato indicato come segue: $[(3'837 - 2'846) \times 100] : 3'837 = 25,82\%$ [doc. 50]). Su questo aspetto non vi è altresì motivo per un intervento d'ufficio di questo Tribunale. Peraltro, se si volesse fare riferimento ai dati statistici tabellari dell'anno 2007 e non del 2004 (per verificare se sia eventualmente subentrata una modifica di rilievo dei dati ipotetici di riferimento fino alla pronuncia della decisione impugnata), andrebbe tenuto conto di un salario mensile senza invalidità di fr. 3'983.-- (tenuto conto di un reddito mensile nel 2003 di fr. 3'790.-- $[34'106 : 9]$ secondo le indicazioni del datore di lavoro [doc. 18] e della circostanza che in Svizzera l'indice dei salari nominali per la categoria delle donne è passato da 2334 nel 2003 a 2453 nel 2007 $\{[3'790 : 2334] \times 2453$; cfr. statistiche pubblicate dall'Ufficio federale di statistica) e di un salario mensile medio con invalidità di fr. 3'009.--, tenuto conto di un salario medio mensile nel 2006 di fr. 3'813.-- nel settore "servizi pubblici e personali" ritenuto dall'UAIE nel proprio calcolo (doc. 50), di un orario medio usuale nel 2007 di 41,8 ore settimanali nonché di un'indicizzazione del salario dell'0,7% rispetto al 2006 $([3'813 : 40] \times 41,8 \times 0,7\%$; cfr. statistiche pubblicate dall'Ufficio federale di statistica) e della presa in considerazione di una riduzione del 25%, la quale appare ammissibile tenuto conto della giurisprudenza di cui a DTF 126 V 75.

12.2 Dal confronto fra il reddito da valida di fr. 3'983.-- e quello da invalida di fr. 3'009.-- consegue la determinazione di un grado d'invalidità del 24,45% $[(3'983 - 3'009) \times 100 : 3'983]$, che esclude il riconoscimento del diritto ad una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità.

12.3 Per conseguenza, il ricorso, destituito di fondamento, non merita tutela e la decisione impugnata va confermata.

13.

13.1 Visto l'esito della procedura, le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico della ricorrente (art. 63 cpv. 1 e cpv. 5 PA nonché

art. 3 lett. b del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]). Esse sono computate con l'anticipo spese, di identico ammontare, versato dalla ricorrente stessa il 18 gennaio 2008.

13.2 Alla ricorrente, soccombente, non spetta altresì alcuna indennità per spese ripetibili della sede federale (art. 64 PA in combinazione con l'art. 7 cpv. 1 e 2 TS-TAF a contrario). Peraltro, le autorità federali, quand'anche vincenti, non hanno di principio diritto ad un'indennità a titolo di ripetibili (art. 7 cpv. 3 TS-TAF), salvo eccezioni non ravvisabili nel caso concreto (v., fra l'altro, DTF 127 V 205).

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

Le spese processuali, di fr. 300.--, sono poste a carico della ricorrente. L'anticipo spese di fr. 300.--, versato il 18 gennaio 2008, è computato con le spese processuali.

3.

Non si attribuiscono spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

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

Il presidente del collegio:

La cancelliera:

Vito Valenti

Marcella Lurà

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: