

**Bundesverwaltungsgericht**  
**Tribunal administratif fédéral**  
**Tribunale amministrativo federale**  
**Tribunal administrativ federal**



---

Corte III  
C-7645/2006

{T 0/2}

## **Sentenza dell'8 gennaio 2008**

---

Composizione

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

---

Parti

M. \_\_\_\_\_,  
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 spagnola, nata il \_\_\_\_\_, ha lavorato in Svizzera per il periodo dal 1978 fino al 1986 nell'ambito del settore alberghiero. Durante tale periodo, l'assicurata ha soluto i contributi dovuti all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità. Dopo il rimpatrio ha lavorato dall'aprile 1988 fino al giugno 1989 in proprio. Da ultimo ha lavorato dal marzo 1990 fino al febbraio 1992, allorquando si è ritirata definitivamente dal lavoro per ragioni che imputa alle sue condizioni precarie di salute. È titolare di una pensione di invalidità spagnola di Euro 438.71 dal 13 agosto 1997. In data 4 febbraio 1998, M.\_\_\_\_\_ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità che è stata respinta per carenza della condizione assicurativa dopo il rimpatrio avvenuto nell'ottobre 1986 con decisione del 16 dicembre 1998 dall'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) confermata con sentenze del 15 marzo 2000 della Commissione federale di ricorso in materia di AVS/AI per le persone residenti all'estero (CFR) rispettivamente del 30 novembre 2000 del Tribunale federale delle assicurazioni (dal 1° gennaio 2007 Tribunale federale, TF). In data 20 giugno 2005, M.\_\_\_\_\_ ha nuovamente formulato una richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1-39).

**B.** Nel corso del 2006 l'assicurata ha versato agli atti: il questionario del datore di lavoro del 28 novembre 2005 (doc. 44), il questionario per gli assicurati occupati nell'economia domestica (doc. 48) ed il questionario per l'assicurato (doc. 49). L'interessata è stata visitata il 12 agosto 2005 presso i servizi medici dell'istituto nazionale della sicurezza sociale di Granada (INSS), ove il sanitario incaricato ha evidenziato la diagnosi di: carcinoma della mammella operato nel 1996 con asportazione e trattato con radio e chemio terapia e ormonoterapia, meningioma operato nel 2001, multinoduli in trattamento con levotiroide, insufficienza venosa e gastropatia; ed ha dichiarato l'assicurata invalida totale dal 1999 in qualsiasi attività lavorativa (doc. 66). La seguente documentazione medica obiettiva è stata esibita: un referto oncologico del 10 luglio 1997 (doc. 51), un referto di una gammagrafia ossea 12 febbraio 1998 (doc. 52), una relazione oncologica del 16 dicembre 1998 (doc. 53), un rapporto medico dettagliato (doc. 54), un referto di una risonanza magnetica del

28 novembre 2000 (doc. 56), una lettera di dimissione del servizio neuro-chirurgico dell'Ospedale universitario di Granada relativa al ricovero dal 15 gennaio al 12 febbraio 2001 (doc. 57), una scheda di accettazione al pronto soccorso della Clinica \_\_\_\_\_ di Granada del 22 gennaio 2002 (doc. 58), un certificato relativo al ricovero dal mese di luglio al mese di agosto del 2002 presso la Clinica \_\_\_\_\_ di Granada (doc. 59), un referto di una ecografia dell'addome del 5 febbraio 2004 (doc. 60), un certificato relativo al ricovero dal 31 maggio al 2 giugno 2004 presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di Granada (doc. 61), un referto ecografico epatico-biliare del 23 luglio 2004 (doc. 62), un referto radiografico del torace del 23 luglio 2004 (doc. 63), un referto di una ecografia mammaria del 26 luglio 2004 (doc. 64) ed un referto di una risonanza magnetica del 5 ottobre 2004 (doc. 65).

**C.** Nel suo rapporto del 29 giugno 2006, il Dott. C.\_\_\_\_\_, medico dell'UAIE, dopo aver ripreso la diagnosi sopra riferita ed analizzato il caso sotto il profilo delle malattie di lunga durata alla luce pure della nuova documentazione prodotta (un certificato medico del 5 dicembre 2005 del Dott. J.\_\_\_\_\_, medico curante dell'assicurata; doc. 67), ha ritenuto che l'incapacità di lavoro dell'assicurata in ambito domestico si situerebbe al 22% dal 19 dicembre 1995 (doc. 68, 69 e 69.1). Nel suo rapporto del 6 settembre 2006, il medico in questione ha poi precisato che l'assicurata presenta un grado di incapacità lavorativa parziale (50%) dal 19 dicembre 1995 nell'attività da ultimo esercitata nel settore alberghiero mentre l'ha considerata abile al lavoro nella misura del 90% in un'attività lavorativa leggera ed adatta (ripetitiva, non qualificata, in posizione seduta: venditrice di biglietti, telefonista, registrazione di dati o scansione ottica di documenti, ecc.) a partire dalla medesima data (doc. 71).

Con progetto di decisione dell'8 novembre 2006 (doc. 74) l'amministrazione ha comunicato all'assicurata che la sua richiesta del 20 giugno 2005 volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità sarebbe dovuta essere respinta per carenza d'invalidità di grado pensionabile. Ciò che è stato contestato dall'assicurata con scritto del 7 novembre 2006 (doc. 75).

Con decisione del 29 novembre 2006 l'UAIE ha comunicato a M.\_\_\_\_\_ che la sua domanda presentata il 20 giugno 2005, volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per

l'invalidità, era stata respinta per carenza d'invalidità di grado pensionabile (doc. 77).

**D.** Con gravame del 14 dicembre 2006 alla CFR, spedito il medesimo giorno, M.\_\_\_\_\_ 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, facendo valere di essere al beneficio di una prestazione sociale a carico della sicurezza sociale spagnola. A suffragio delle sue conclusioni produce un certificato medico del Dott. J.\_\_\_\_\_ del 14 marzo 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.

**E.** In un calcolo comparativo dei redditi del 12 marzo 2007 (anno di riferimento: 2004), l'amministrazione ha ritenuto che, nell'ambito delle attività sostitutive indicate dal Dott. C.\_\_\_\_\_ nel suo rapporto del 6 settembre 2006 (venditrice di biglietti, telefonista, registrazione di dati o scansione ottica di documenti, ecc.; doc. 71), l'interessata subisce una perdita di guadagno del 21% (doc. 83). Nelle sue osservazioni responsive del 19 marzo 2007 l'UAIE propone pertanto la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono.

**F.** Con decisione incidentale del 22 maggio 2007, notificata il 25 maggio successivo, il Tribunale ha ingiunto alla ricorrente di versare entro 30 giorni dal ricevimento della stessa un anticipo dell'ammontare di 300.-- franchi in garanzia delle probabili spese processuali, con la comminatoria che altrimenti non sarebbe entrato nel merito del ricorso. Con scritto del 15 giugno 2007 la ricorrente ha chiesto di essere posta al beneficio dell'assistenza giudiziaria per quanto attiene alle spese processuali.

Con ordinanza del 21 settembre 2007 il Tribunale amministrativo federale ha comunicato alle parti la composizione del collegio giudicante. Entro il termine impartito non sono state presentate istanze di ricusa.

**Diritto:****1.**

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

**1.2** In virtù dell'art. 31 LTAF, questo tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della Legge federale sulla procedura amministrativa del 20 dicembre 1968 (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate agli art. 33 e 34 LTAF, riservate le eccezioni di cui all'art. 32 LTAF. In particolare, le decisioni rese dall'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero (UAIE) concernenti l'assicurazione per l'invalidità possono essere portate innanzi al TAF conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b della Legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959 (LAI, RS 831.20).

**2.**

**2.1** Il 1° giugno 2002 sono entrati in vigore l'Accordo tra la Confederazione svizzera, da una parte, e la Comunità europea ed i suoi Stati membri, dall'altra, sulla libera circolazione delle persone del 21 giugno 1999 (ALC, RS 0.142.112.681) ed il correlato Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale nonché il Regolamento (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 relativo all'applicazione dei regimi di sicurezza sociale ai lavoratori subordinati, ai lavoratori autonomi e ai loro familiari che si spostano all'interno della Comunità (RS 0.831.109.268.1) come pure il corrispondente Regolamento di applicazione (Regolamento CEE n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71, RS 0.831.109.268.11). Trattasi di una normativa che si applica a tutte le rendite il cui diritto sorge a far data dal 1° giugno 2002 o successivamente e che sancisce il principio della parità di trattamento tra cittadini che risiedono in uno Stato membro

della Comunità europea ed i cittadini svizzeri (art. 3 e 6 del Regolamento CEE n° 1408/71).

**2.2** Giusta l'art. 20 ALC, salvo disposizione contraria contenuta nell'allegato II, gli accordi bilaterali tra la Svizzera e gli Stati membri della Comunità europea in materia di sicurezza sociale vengono sospesi a decorrere dall'entrata in vigore del presente Accordo qualora il medesimo campo sia disciplinato da quest'ultimo. Nella misura in cui l'Accordo, in particolare l'Allegato II che regola il coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (art. 8 ALC), non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita di invalidità svizzera sono regolate dal diritto interno svizzero.

**2.3** L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALC e dei Regolamenti (CEE) n° 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 e (CEE) n° 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 relativo all'applicazione del Regolamento n° 1408/71.

**2.4** Per costante giurisprudenza l'ottenimento di una pensione straniera di invalidità non pregiudica l'apprezzamento di un'invalidità secondo il diritto svizzero (ATFA causa I 435/02 consid. 2 del 2 febbraio 2003; Revue à l'attention des caisses de compensations (RCC) 1989 p. 330). Alla stessa maniera, dopo l'entrata in vigore dell'ALC, il grado di invalidità di un assicurato che pretende una rendita dell'assicurazione-invalidità svizzera è determinato esclusivamente secondo il diritto svizzero (DTF 130 V 257 consid. 2.4).

**3.** Il 1° gennaio 2003 è entrata in vigore la legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (LPGA, RS 830.1) che ha portato alcune modifiche legislative anche nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità. Secondo l'art. 2 LPGA le disposizioni di questa legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. Inoltre, l'art. 1 LAI stabilisce che le disposizioni della LPGA sono applicabili all'assicurazione per l'invalidità (art. 1a-26<sup>bis</sup> e 28-70), sempre che la presente legge non preveda espressamente una deroga.

Ai sensi del combinato disposto degli art. 3 lett. d<sup>bis</sup> PA e 1 cpv. 1 LAI,

la procedura in materia di assicurazioni sociali è disciplinata, di principio, dalla LPGA. 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.

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

**4.** La ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 20 giugno 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 la ricorrente avesse diritto ad una rendita il 20 giugno 2004 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 29 novembre 2006, data della decisione. Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

**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.** 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.

L'assicurato ha diritto ad una rendita intera se è invalido per almeno il 70%, a tre quarti di rendita se è invalido per almeno il 60%, ad una mezza rendita se è invalido per almeno la metà e ad un quarto di rendita se è invalido per almeno il 40% (art. 28 cpv. 1 LAI). Va ricordato che fino al 31 dicembre 2003, la LAI prevedeva il diritto al quarto di rendita con un tasso d'invalidità del 40% almeno, alla mezza rendita con un tasso d'invalidità del 50% almeno ed alla rendita intera con un tasso d'invalidità dei due terzi (66.67%). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 28 cpv. 1ter LAI, secondo il quale le rendite per un grado d'invalidità inferiore al 50% sono versate solo ad assicurati che sono domiciliati e dimorano abitualmente in Svizzera (art. 13 LPGGA), non è più applicabile quando l'assicurato è cittadino dell'UE e vi risiede.

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

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

## 7.

**7.1** 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).

**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 LPGGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (artt. 5 e 28 cpv. 2bis e art. 8 cpv. 3 LPGGA ). L'art. 27 OAI precisa che per mansioni consuete di una persona senza attività lucrativa occupata nell'economia domestica s'intendono gli usuali lavori domestici, l'educazione dei figli nonché le attività artistiche e di pubblica utilità. Per quanto riguarda la scelta del metodo di valutazione dell'invalidità di una persona assicurata che non esercita più un'attività lucrativa si deve verificare quale sarebbe stata l'attività esercitata se non fosse subentrata l'invalidità. In altre parole, lo statuto dell'assicurata viene determinato valutando se la stessa da sana, quindi se non fosse subentrato il danno alla salute, avrebbe consacrato l'essenziale del suo lavoro all'economia domestica o ad un'occupazione remunerata e questo tenendo conto dell'evoluzione

della situazione fino all'emanazione della decisione impugnata. L'ipotetica ripresa di un'attività lucrativa va ammessa ove tale eventualità si presenti alla luce della situazione personale, familiare, sociale ed economica con un grado di verosimiglianza preponderante (DTF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b).

**8.** 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.** Nella specie dev'essere rilevato che M.\_\_\_\_\_, compilando il questionario del datore di lavoro del 28 dicembre 2005, ha dichiarato di aver cessato l'attività lavorativa nell'ambito del settore alberghiero dal 1986 per motivi di salute (doc. 44) mentre, compilando il questionario dell'assicurato, ha precisato di essersi ritirata definitivamente dal lavoro nel corso del 1992 per problemi di salute vari (doc. 49). Ora quest'ultima affermazione non è confortata dalla documentazione medica agli atti che, invero, al più presto risale al 1997 (doc. 51). Di conseguenza, posto che il periodo di riferimento del presente giudizio è quello intercorrente tra il 20 giugno 2004 ed il 29 novembre 2006, appare giustificato applicare alla presente fattispecie il metodo di valutazione specifico delle casalinghe, come peraltro

correttamente ammesso dall'amministrazione, anzichè quello generale.

## 10.

**10.1** Nel caso di specie è stata evidenziata la diagnosi di carcinoma della mammella operato nel 1996 con asportazione e trattato con radio e chemio terapia e ormonoterapia, meningioma operato nel 2001, multinoduli in trattamento con levotiroid, insufficienza venosa e gastropatia (perizia medica particolareggiata del 12 agosto 2005 dell'INSS di Granada: doc. 66). Il medico dell'UAIE, Dott. C.\_\_\_\_\_, nei suoi rapporti del 29 giugno 2006 (doc. 68, 69 e 69.1) e del 6 settembre 2006 (doc. 71 e 71.1), ha precisato che l'assicurata è affetta da segnatamente "meningioma (D 32 O; stato dopo operazione nel 2001 senza persistenti deficit neurologici ed epilessia nota dal 1995); sindrome depressiva e stato dopo cancro alla mammella operato con asportazione e trattato con radio e chemio terapia (diagnosi con influsso sulla capacità lavorativa)" e "disfunzione tiroidea (diagnosi senza influsso sulla capacità lavorativa)". Il Tribunale non intravede quindi ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni relative alla diagnosi a cui sono pervenuti i predetti medici.

**10.2** 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 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 media del 40% (rispettivamente del 50% per il periodo precedente l'entrata in vigore degli Accordi bilaterali) almeno durante un anno.

**11.** Per quanto concerne le conseguenze invalidanti, il sanitario incaricato dell'INSS di Granada ha posto un tasso di invalidità totale dal 1999 in qualsiasi attività lavorativa (perizia medica particolareggiata del 12 agosto 2005: doc. 66). Dal canto suo il Dott. C.\_\_\_\_\_, medico dell'UAIE, ha ritenuto - nel suo primo rapporto del

29 giugno 2006 - che l'incapacità di lavoro dell'assicurata in ambito domestico si situerebbe al 22% dal 19 dicembre 1995 (doc. 68, 69 e 69.1) mentre - nel suo secondo rapporto del 6 settembre 2006 - ha precisato che l'interessata - alla luce pure del certificato medico del 14 marzo 2006 del Dott. J.\_\_\_\_\_, medico curante dell'assicurata - è abile al 50% nell'attività da ultimo esercitata nel settore alberghiero ed al 90% in un'attività lavorativa leggera ed adatta (ripetitiva, non qualificata, in posizione seduta: venditrice di biglietti, telefonista, registrazione di dati o scansione ottica di documenti, ecc.) a partire dal 19 dicembre 1995 (doc. 71).

Nel caso di specie, il Tribunale non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è pervenuto il Dott. C.\_\_\_\_\_, medico dell'UAIE (doc. 68, 69, 69.1 e 71). Infatti, egli ha compiutamente valutato il danno alla salute lamentato dall'assicurata sulla base di accertamenti approfonditi e completi (doc. 51-65 e 67; certificato medico del 14 marzo 2006 del Dott. J.\_\_\_\_\_) ed, in particolare, ha rilevato che si tratta di una persona che è stata colpita da svariate patologie che verosimilmente hanno condotto ad una riduzione della capacità di lavoro, anche in ambito domestico: dapprima è stato diagnosticato un tumore alla mammella che è stato asportato chirurgicamente senza recidive, ma quale conseguenza dell'asportazione come pure della successiva radio terapia dev'essere menzionata una limitazione dei movimenti del braccio destro; poi è stata sottoposta ad una isterectomia con asportazione di entrambe le ovaie, a seguito della quale l'assicurata ha registrato degli squilibri ormonali, sviluppando nel contempo una forma di osteoporosi; le è stata quindi asportata una parte di intestino a causa di un tumore benigno; nel corso del 2005 si è scoperto che le crisi epilettiche di cui soffriva andavano ricondotte ad una nuova forma tumorale; inoltre vi sono i dolori agli arti inferiori legati a problemi circolatori; infine, a causa dell'insieme di queste patologie, l'assicurata ha sviluppato una forma depressiva che incide sul suo stato di salute generale. Sulla base delle risposte fornite dall'interessata nel questionario per gli assicurati occupati nell'economia domestica (doc. 48) tenuto conto delle direttive 3093 e 3098 della circolare concernente l'invalidità e l'impotenza edita dall'Ufficio federale delle assicurazioni sociali (UFAS, CIIAI), il medico dell'UAIE è quindi giunto a conclusioni logiche e motivate in merito alla parziale capacità di lavoro della ricorrente sia in ambito domestico (78%) che nel settore alberghiero (50%) ed in un'attività lavorativa leggera ed adatta (90%) a partire dal 19

dicembre 1995 (doc. 68, 69, 69.1 e 71). In quest'ottica pertanto le relazioni mediche del Dott. C.\_\_\_\_\_ ossequiano ampiamente i principi posti dalla costante giurisprudenza esposti sub. consid. 8. Sulla scorta delle considerazioni che precedono il Tribunale è quindi dell'avviso che l'assicurata presenta nell'attività abituale (casalinga) un tasso d'invalidità del 22% che esclude il riconoscimento del diritto alla rendita d'invalidità.

## **12.**

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

**12.2** Sulla scorta di quanto accertato al considerando 11 e ritenendo l'assicurata abile al 90% in un'attività lavorativa sostitutiva fisicamente meno impegnativa in un settore che non richiede una particolare formazione, l'incapacità al guadagno non supera il 19 %.

**12.3** In effetti sulla base delle statistiche pubblicate dall'Ufficio federale di statistica sulla struttura dei salari 2004 il salario mensile medio, privo di invalidità, conseguibile con delle conoscenze professionali specializzate nell'ambito del settore alberghiero è di fr. 3'846.-- nel 2004 (tabella TA 1, valori nazionali, settore privato, categoria 3, femminile, Gastgewerbe) per 40 ore ovvero di fr. 4'047.92 per 42,1 ore (La Vie économique 9-2006 p. 90 tabella B 9.2, let. H [Hôtellerie et Restauration], anno 2004). Viceversa il salario mensile medio realizzabile in attività di tipo leggero non qualificate in un mercato di lavoro equilibrato nel 2004 (tabella TA 1, valori nazionali, settore privato, categoria 4, femminile, totale) è di fr. 3'893.-- per 40 ore ovvero di fr. 4'058.45 per 41,7 ore (La Vie économique 9-2006 p. 90 tabella B 9.2, let. D [secteur tertiaire]). Raffrontando il salario mensile medio, privo di invalidità, di Fr. 4'047.92, con il salario mensile medio, conseguibile nonostante l'invalidità, di Fr. 4'058.45 e applicando una riduzione del 10% consentita dalla giurisprudenza per tenere conto dei fattori personali dell'assicurata (DTF 126 V 75) oltre ad una ulteriore riduzione del 10 % (attività lavorativa ridotta al 90%) si giunge ad un introito teorico mensile, dopo l'insorgenza dell'invalidità, di Fr. 3'287.35. Il confronto fra un reddito privo di invalidità di Fr. 4'047.92 ed un introito teorico mensile, dopo l'insorgenza dell'invalidità, di Fr.

3'287.35 comporterebbe una perdita di guadagno del 18.78 % [(4'047.92 - 3'287.35)x100] : 4'047.92, tasso che esclude il riconoscimento del diritto alla rendita AI.

**13.** 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.

**14.** Con scritto del 15 giugno 2007 M.\_\_\_\_\_ ha sostanzialmente formulato una domanda di assistenza giudiziaria per quanto attiene alle spese processuali della presente procedura.

Giusta l'art. 65 cpv. 1 PA se una parte non dispone dei mezzi necessari e le sue conclusioni non sembrano prive di probabilità di successo, l'autorità di ricorso, il suo presidente o il giudice dell'istruzione la dispensa, a domanda, dopo il deposito del ricorso, dal pagamento delle spese processuali. Secondo la giurisprudenza consolidata, i presupposti per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono di massima adempiuti se il richiedente si trova nel bisogno e se le sue conclusioni non sembrano dover avere esito sfavorevole (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti, sentenza della II Corte di diritto pubblico del Tribunale federale I 134/06 del 7 maggio 2007). A tal proposito si osserva che per valutare la probabilità di esito favorevole non si deve adottare un criterio particolarmente severo: è infatti sufficiente che, di primo acchito, il gravame non presenti notevolmente meno possibilità di essere accolto che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (DTF 125 II 275 e DTF 124 I 304 consid. 2c). Inoltre, quando le prospettive di successo e i rischi di perdere il processo si eguagliano o le prime sono soltanto leggermente inferiori rispetto ai secondi, le domande non possono essere considerate senza esito favorevole (DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c; DTF 122 I 267 consid. 2b). Lo scrivente Tribunale, chiamato ora a pronunciarsi, ritiene che dalla documentazione agli atti risulta in effetti comprovata la situazione d'indigenza del ricorrente (che percepisce una pensione d'invalidità spagnola di franchi 438.71 dal 13 agosto 1997) ed il gravame non appariva di primo acchito sprovvisto di possibilità di esito favorevole (DTF 125 V 202 consid. 4a; 372 consid. 5b), motivi per cui la ricorrente è ammessa al beneficio dell'assistenza giudiziaria e, pertanto, non vengono prelevate spese processuali.

**Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:**

**1.**

Il ricorso è respinto.

**2.**

Non si prelevano spese processuali.

**3.**

Comunicazione a:

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

La presidente del collegio:

La cancelliera:

Elena Avenati-Carpani

Paola Carcano

**Rimedi giuridici:**

Avverso 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: