



Corte III
C-8702/2007
{T 0/2}

Sentenza del 17 febbraio 2009

Composizione

Giudici Elena Avenati-Carpani (presidente del collegio),
Johannes Frölicher, Franziska Schneider,
cancelliere Dario Quirici.

Parti

A. _____,
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.**

A._____, cittadina italiana, nata il (...), separata dal (...), ha lavorato in Svizzera quale operaia dal (...) al (...) solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (AVS/AI) durante tale periodo. A partire dal (...) si è dedicata all'attività di casalinga. In data 2 gennaio 2006, A._____ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 1-10).

B.

L'assicurata è stata visitata il (...) presso i servizi medici dell'Istituto (...) di L._____, ove il sanitario incaricato ha evidenziato la diagnosi di "psicosi paranoide psicogena" ed ha posto un tasso di invalidità parziale del 70% in relazione all'ultima attività lavorativa svolta. Ha tuttavia precisato che l'assicurata è in grado di svolgere regolarmente lavori leggeri come pure a tempo pieno il suo ultimo lavoro ed altresì un'attività adeguata alle sue condizioni (doc. 17). Sono stati esibiti una cartella clinica relativa al ricovero dal (...) al (...) per riesacerbazione psicotica, un certificato medico del (...) (giusta il quale l'assicurata è affetta da psicosi paranoide a seguito della quale è in cura presso l'U._____ e pratica una terapia farmacologica) ed il verbale della C._____ del (...) (giusta il quale l'assicurata è stata riconosciuta invalida civile al 70% per psicosi paranoide; doc. 14 e 16). Sono stati inoltre prodotti il questionario per gli assicurati occupati nell'economia domestica ed il questionario per l'assicurato, ambedue del 16 febbraio 2007 (doc. 12 e 13). Su richiesta dell'amministrazione, L'INPS ha inoltre prodotto un rapporto medico dettagliato rilasciato il 19 giugno 2007 dalla Dott.ssa C._____ dell'U._____ (doc. 24).

C.

Nel suo rapporto del 30 agosto 2007 la Dott.ssa VR._____ del servizio medico dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero (UAIE), dopo aver posto la diagnosi principale di "psicosi paranoide" (accompagnata da difficoltà di concentrazione e d'esecuzione per problemi psichici come pure da rallentamento psicomotorio) ed aver analizzato il caso sotto il profilo delle malattie di lunga durata, è giunta alla conclusione che l'assicurata è da ritenersi inabile al 70% in qualsiasi attività lavorativa

a decorrere dal 4 marzo 2005, data a partire dalla quale è da ritenersi altresì inabile al 46% nell'attività abituale di casalinga (doc. 26).

D.

Con progetto di decisione del 3 settembre 2007 l'amministrazione ha comunicato all'assicurata che avrebbe avuto diritto ad un quarto di rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a decorrere dal 1° marzo 2006 (doc. 27). Entro il termine impartito per presentare eventuali osservazioni, l'assicurata ha chiesto in sostanza il riconoscimento del suo diritto ad una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 28). Con decisione del 21 novembre 2007 l'UAIE ha riconosciuto a A._____ il diritto ad un quarto di rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a decorrere dal 1° marzo 2006 (doc. 30-33).

E.

Con gravame dell'11 dicembre 2007, spedito il 12 dicembre successivo alla scrivente Autorità, A._____ chiede, in sostanza, l'annullamento del summenzionato provvedimento amministrativo e, di conseguenza, il riconoscimento del suo diritto ad una rendita intera dell'assicurazione svizzera per l'invalidità. A suffragio delle sue conclusioni produce documentazione medica già agli atti.

Nelle sue osservazioni responsive del 15 febbraio 2008 l'amministrazione propone la reiezione dell'impugnativa con argomenti di cui si riferirà, per quanto occorra, nei considerandi che seguono.

Ricevuta la risposta dell'amministrazione, A._____ ribadisce con replica del 12 marzo 2008 la propria posizione processuale e produce nel contempo, a suffragio delle sue conclusioni, due certificati medici dettagliati rilasciati segnatamente il 23 ottobre 2006 ed il 10 marzo 2008 dalla Dott.ssa C._____.

Ricevuta la replica, l'amministrazione ha sottoposto nuovamente gli atti alla Dott.ssa VR._____, la quale, nel suo rapporto medico del 3 aprile 2008, ha rilevato un aggravamento dello stato di salute dell'assicurata considerandola inabile nell'attività abituale di casalinga al 46% dal 4 marzo 2005 ed al 70% dal 10 marzo 2008 (data del certificato medico della Dott.ssa C._____ attestante una riacutizzazione del quadro psicopatologico della paziente).

Con duplica del 28 aprile 2008, l'amministrazione propone, per un verso, la reiezione dell'impugnativa rilevando che il presunto aggravamento è intervenuto dopo la data della decisione impugnata e, per altro verso, di considerare il ricorso quale domanda di revisione.

Ricevuta la duplica dell'amministrazione, A._____ ribadisce con osservazioni complementari del 10 maggio 2008 la propria posizione processuale e produce nel contempo documentazione medica già agli atti.

In un ulteriore scambio di scritti, le parti hanno ribadito le rispettive posizioni.

In data 7 luglio 2008 la ricorrente ha versato un anticipo di 292.05 franchi equivalente alle presunte spese processuali. Il 31 ottobre successivo ha infine prodotto un nuovo certificato medico steso il 18 ottobre 2008 della Dott.ssa C._____ dal quale risulta che l'assicurata continua ad essere in cura presso l'U._____ per psicosi depressiva in forma cronica (con ripercussioni sulla vita sociale e familiare ed incapacità a condurre la vita quotidiana) ed a necessitare una terapia continua a base di antidepressivi ed equilibratori dell'umore.

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 all' art. 33 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 LPGGA 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 LPGGA 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 LPGGA 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 LPGGA nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007.

5.

La ricorrente ha presentato la richiesta di rendita il 2 gennaio 2006. In deroga all'art. 24 LPGGA, l'art. 48 cpv. 2 LAI precisa che, se l'assicurato si annuncia più di dodici mesi dopo la nascita del diritto, le prestazioni possono essere assegnate soltanto per i 12 mesi precedenti la richiesta. In concreto, lo scrivente Tribunale amministrativo federale può quindi limitarsi ad esaminare se il ricorrente avesse diritto ad una rendita il 2 gennaio 2005 (ossia 12 mesi precedenti la presentazione della domanda), oppure se un diritto alla rendita sia sorto tra tale data ed il 21 novembre 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 LPGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 LPGA e consiste nella perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure ed alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili.

8.

8.1 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico, non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b; 110 V 275, 105 V 207). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28 cpv. 2 LAI, per valutare il grado d'invalidità, il reddito che l'assicurato potrebbe conseguire esercitando l'attività ragionevolmente esigibile da lui dopo la cura medica e l'eventuale esecuzione di provvedimenti d'integrazione (reddito da invalido), tenuto conto di una situazione equilibrata del mercato del lavoro, è confrontato con il reddito che egli avrebbe potuto ottenere se non fosse diventato invalido (reddito da valido). In altri termini l'assicurazione svizzera per l'invalidità risarcisce soltanto la perdita economica che deriva da un danno alla salute fisica o psichica dovuto a malattia o infortunio, non la malattia o la conseguente incapacità lavorativa (metodo generale del raffronto dei redditi; DTF 128 V 30, 104 V 136; Pratique VSI 2000 p. 84). La documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare l'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314, 105 V 158).

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 LPGA, in funzione dell'incapacità di svolgere le mansioni consuete (art. 5 e 28 cpv. 2bis e art. 8 cpv. 3 LPGA). 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 A._____ ha cessato di lavorare il 31 marzo 1998 e, compilando il questionario per l'assicurato del 16 febbraio 2007, ha dichiarato di dedicarsi esclusivamente all'attività di casalinga (doc. 13). Di conseguenza, appare giustificato applicare alla presente fattispecie il metodo di valutazione specifico delle casalinghe, come peraltro correttamente ammesso dall'amministrazione, anzichè 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 "psicosi paranoide" dal mese di marzo del 2005 (perizia medica INPS del 3 novembre 2006; certificati medici della Dott.ssa C._____ del 23 ottobre 2006, del 19 giugno 2007 e del 10 marzo e 18 ottobre 2008; rapporti medici del 30 agosto 2007 e del 3 aprile 2008 della Dott.ssa VR._____). Il collegio giudicante non intravede quindi ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni convergenti inerenti la diagnosi.

10.2 Giova ricordare che l'affezione in oggetto deve, dal profilo giuridico, essere esaminata alla luce dell'art. 29 cpv. 1 lett. b LAI. Trattasi, infatti, di malattia che, per costante giurisprudenza, è da configurare non già di carattere permanente (cioè di natura consolidata o irreversibile), bensì patologico-labile, ossia suscettibile di migliorare o peggiorare. Ne discende che, in mancanza di uno stato di salute sufficientemente stabilizzato, è inapplicabile la lettera a dell'art. 29 cpv. 1 LAI, per cui può entrare in considerazione solo la lettera b 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.

Per quanto concerne le conseguenze invalidanti del precitato quadro clinico, occorre rilevare che le conclusioni del medico dell'INPS sono contraddittorie nella misura in cui viene riconosciuta una capacità lavorativa a tempo pieno nell'ultimo lavoro svolto ed un tasso d'invalidità del 70% per lo stesso lavoro. Dal canto suo, la Dott.ssa C._____ dell'U._____, nei suoi rapporti dettagliati del 23 ottobre 2006 e del 19 giugno 2007 non si esprime in merito alle ripercussioni invalidanti dello stato di salute dell'assicurata. Viceversa, nei suoi rapporti del 10 marzo e del 18 ottobre 2008, il medico curante dell'assicurata precisa che il quadro psicopatologico della stessa si è

riacutizzato, motivo per cui continua a necessitare una terapia a base di antidepressivi e di equilibratori dell'umore e si presenta incapace di condurre la vita quotidiana sociale e familiare.

Il quadro clinico della ricorrente riferito al 2005, in seguito al ricovero per psicosi paranoide, era caratterizzato da una profonda depressione del tono dell'umore, angoscia, apatia, disturbi del sonno, ritiro sociale, labilità emotiva e rimuginazioni ossessive. La Dott.ssa C._____ osserva che la malattia ha un'evoluzione cronica con prognosi sfavorevole, rileva tuttavia, nel suo rapporto del 19 giugno 2007, che la paziente si mostra accessibile e disponibile al colloquio, è vigile, lucida, non presenta disturbi dello stato coscienza né deficit quantitativi e qualitativi delle attività psichiche, è orientata nel tempo e nello spazio, con disturbi della concentrazione e della memoria di grado lieve, senza deficit intellettivo né deficit dei poteri critici. Si può quindi ritenere che lo stato psichico della ricorrente è migliorato successivamente al ricovero del 2005 e non ha d'altra parte necessitato di un'ulteriore ospedalizzazione. Secondo i sintomi menzionati nel rapporto della Dott.ssa C._____ del 10 marzo 2008 si può tuttavia evidenziare un aggravamento delle condizioni di salute dell'assicurata ciò che ha apparentemente influenzato la sua capacità di eseguire i compiti quotidiani e determinato pertanto un aumento dell'incapacità di lavoro quale casalinga. Nei suoi rapporti del 30 agosto 2007 e del 3 aprile 2008, la Dott.ssa VR._____, alla luce della documentazione medica obiettiva prodotta dall'assicurata, ha quindi ritenuto che quest'ultima presenta un'invalidità quale casalinga del 46% dal 4 marzo 2005 (data in cui è stata ricoverata per psicosi paranoide) e del 70% dal 10 marzo 2008 (data in cui il medico curante dell'assicurata ha attestato una riacutizzazione del quadro psicologico della paziente). Il medico dell'UAIE è giunto a conclusioni logiche e motivate suffragate da accertamenti approfonditi e completi come pure dalle attestazioni del medico curante dell'assicurata, sulla base altresì delle risposte fornite dall'interessata nel questionario per gli assicurati occupati nell'economia domestica del 16 febbraio 2007 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).

Ritenuto che il grado d'invalidità per gli assicurati attivi nell'economia domestica deve essere basato sulla riduzione di rendimento funzionale nello svolgimento delle mansioni finora esercitate, da

determinarsi sulla base di pareri medici (DTF 130 V 97), il collegio giudicante non intravede ragioni che gli impediscano di far proprie le conclusioni cui è pervenuto il medico dell'UAIE. Sulla scorta delle considerazioni che precedono e tenuto conto del periodo di riferimento del presente giudizio (2 gennaio 2005 e 21 novembre 2007: cfr. consid. 5), il Tribunale può quindi concludere che l'assicurata ha subito un'incapacità lavorativa quale casalinga del 46% a decorrere dal 4 marzo 2005. Di conseguenza, allo scadere del termine di attesa di un anno, l'interessata presentava un grado d'invalidità del 46% ed ha quindi diritto ad un quarto di rendita a decorrere dal 1° marzo 2006. Il ricorso deve pertanto essere respinto e l'impugnata decisione confermata.

12.

Tenuto conto del presunto aggravamento accertato dal medico dell'amministrazione a decorrere dal 10 marzo 2008 ed intercorso quindi in data successiva alla decisione impugnata del 21 novembre 2007, l'incanto deve essere rinviato all'amministrazione affinché consideri il ricorso quale domanda di revisione.

13.

A titolo di spese processuali si prelevano 292.05 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.

Gli atti sono trasmessi all'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero affinché proceda ad una revisione conformemente a quanto esposto al considerando 12.

3.

A titolo di spese processuali si prelevano 292.05 franchi, importo compensato dal corrispondente anticipo versato dalla ricorrente in data 7 luglio 2008. Non si assegnano ripetibili.

4.

Comunicazione a:

- ricorrente (raccomandata A/R);
- autorità inferiore (...);
- Ufficio federale delle assicurazioni sociali.

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Elena Avenati-Carpani

Dario Quirici

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: