



---

Corte III  
C-3349/2007  
{T 0/2}

## **Sentenza del 19 maggio 2009**

---

Composizione

Giudici: Francesco Parrino (presidente del collegio),  
Michael Peterli, Vito Valenti;  
Cancelliere: Dario Croci Torti

---

Parti

A. \_\_\_\_\_, rappresentata dal Patronato INAS,  
via G. Lanz 25, 6850 Mendrisio,  
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 invalidità (decisione del 4 aprile 2007)

**Fatti:****A.**

A.\_\_\_\_\_, cittadina italiana, nata il 1° dicembre 1947, vedova dall'11 febbraio 2008, ha lavorato in Svizzera dal 1969 al 1996, solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità durante tale periodo (doc. 82). Da ultimo, ha svolto attività lucrativa come cucitrice presso la ditta B.\_\_\_\_\_ di Chiasso. Dopo il rimpatrio non ha più svolto attività lucrativa per motivi che l'interessata ascrive alle sue condizioni di salute (doc. 12, 29).

In data 31 ottobre 2002, A.\_\_\_\_\_ ha formulato una richiesta volta al conseguimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità (doc. 3).

**B.**

La richiedente è stata visitata il 5 novembre 2002 presso i servizi medici dell'Istituto nazionale della previdenza sociale di Como, ove il sanitario incaricato ha evidenziato la diagnosi di lombosciatalgia cronica persistente con modesto impegno funzionale in esiti di pregresso intervento per ernia discale L4-L5 sinistra (novembre 1986), epatopatia, esiti di recente (settembre 2001) isterectomia più annessiectomia bilaterale per fibroma uterino, note di sindrome ansioso-depressiva reattiva ed ha posto un grado d'invalidità del 50% (E 213, doc. 60). Altri documenti oggettivi sono stati esibiti, quali (segnatamente):

- documentazione riguardante ricoveri e cure per problemi lombosciatalgici del 1985-86 e del 1992 (doc. 32-42);
- un certificato oculistico del 21 marzo 2001 (doc. 48);
- analisi ematochimiche, indagini istopatologiche ed altri accertamenti diagnostici del settembre 2001 relativi al ricovero per isterectomia totale con annessiectomia bilaterale (doc. 50-57);
- un referto radiologico della colonna cervicale del 7 gennaio 2002 (doc. 58);

- indagini riguardanti un problema di sindrome del tunnel carpale bilaterale dell'aprile 2003 (doc. 59, 61-63) e un referto radiologico della colonna cervicale del 7 gennaio 2002 (doc. 58);

- un certificato medico del Dott. Porati del 24 novembre 2003 (doc. 64) completato il 16 febbraio 2004 (doc. 65, 66).

Nel questionario per assicurati occupati nell'economia domestica, sottoscritto il 28 ottobre 2004, l'interessata ha affermato di essere in grado di svolgere solo una piccola parte dei lavori casalinghi.

L'Ufficio AI del Cantone Ticino, competente per esaminare nel merito la domanda di rendita, ha disposto un'indagine approfondita presso il Servizio di accertamento medico dell'AI (SAM) di Bellinzona (doc. 67, 68).

L'assicurata è stata visitata il 17-18 e 25 maggio 2004. Dopo aver posto una diagnosi con influsso sulla capacità al lavoro di lombosciatalgia spondiloartrosi, sindrome cervicale con spondiloartrosi importante, epatite cronica ed una diagnosi senza influsso debilitante di stato di ansietà, sindrome del tunnel carpale bilaterale, insufficienza venosa arti inferiori ed obesità, i medici hanno posto un grado d'invalidità del 50% nel precedente lavoro di cucitrice e del 40% come casalinga a partire dal novembre 2002, data della perizia E 213.

Nel suo rapporto del 9 maggio 2005 (doc. 73), completato l'8 giugno 2005 (doc. 76), il Dott. Rosset, medico dell'Ufficio AI per gli assicurati residenti all'estero (UAI; ora Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero, UAIE), ha proposto di ammettere i tassi d'invalidità indicati dal SAM.

Mediante decisione del 24 giugno 2005, l'UAI ha erogato in favore della nominata un quarto di rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità a decorrere dal 1° novembre 2003 (doc. 82).

### **C.**

In data 16 ottobre 2006, A.\_\_\_\_\_, regolarmente rappresentata dal Patronato INAS di Mendrisio, ha formulato una richiesta di revisione (doc. 83). L'assicurata ha segnatamente prodotto:

- un questionario per la revisione sottoscritto il 21 settembre 2006, nel quale sostiene di presentare problemi respiratori che la obbligano ad utilizzare un apparecchio ventilatorio notturno(doc. 85);
- analisi ematochimiche del 1° e 9 marzo, 22 maggio e 5 settembre 2006 (doc. 84, 86, 88, 89, 96);
- i risultati di un'ecografia dell'addome superiore del 3 marzo 2006 (doc. 87);
- un rapporto Day-hospital per accertamenti di colpi di sonno del 31 maggio 2006 (doc. 90) ed i risultati EEG di 24 ore del 5 giugno 2006 (doc. 91) con altri esami specialistici dell'11 giugno successivo (doc. 93);
- i risultati di una visita pneumologica del 28 agosto 2006 (doc. 94);
- analisi di "sleep report" notturno del 6 e del 13 settembre 2006 (doc. 97, 101),
- un elettrocardiogramma del 6 settembre 2006 ed analisi della funzionalità respiratoria del 9 settembre 2006 (doc. 99, 100);
- documenti riguardanti la fornitura e le prescrizioni per un respiratore notturno (C-Pap) del 15 settembre 2006 (doc. 103, 104);
- un estratto di cartella clinica relativo alla degenza dal 5 al 16 settembre 2006 per sindrome delle apnee ostruttive del sonno (doc. 107);
- un certificato medico del 20 settembre 2006 del Dott. Porati attestante sindrome delle apnee notturne determinanti un'insufficienza respiratoria supportata da ventiloterapia (doc. 108).

#### **D.**

Ricevuta la domanda di aggravamento e la relativa documentazione, l'UAIE ha sottoposto gli atti al Dott. Luthi, del proprio servizio medico, il quale, nella sua relazione del 22 gennaio 2007, ha affermato che l'interessata non aveva documentato alcun peggioramento della sua situazione valetudinaria, la sindrome apneica essendo una patologia di livello ancora semplice e del tutto emendata (doc. 110).

Con progetto di decisione del 26 gennaio 2007, l'UAIE ha dichiarato di non esaminare la domanda di revisione (doc. 111). L'interpellata non ha preso posizione in merito.

In data 4 aprile 2007, l'UAIE ha emanato una decisione conformemente al progetto (doc. 112).

**E.**

Con il ricorso depositato il 14 maggio 2007, A.\_\_\_\_\_, regolarmente rappresentata dal Patronato INAS di Mendrisio, chiede, sostanzialmente, il riconoscimento del suo diritto ad almeno una mezza rendita AI. A suffragio delle sue conclusioni produce, segnatamente, una lettera di dimissione ospedaliera relativa al ricovero dal 28 marzo al 1° aprile 2007 per epilessia focale notturna con crisi parziali e probabile generalizzazione secondaria, sindrome delle apnee ostruttive del sonno di medio-lieve entità risolta dalla C-Pap. Altra documentazione è stata esibita successivamente. Chiede, inoltre, l'esonero dalle spese processuali.

**F.**

Ricevuta l'impugnativa, l'UAIE ha risottoposto gli atti al Dott. Luthi, il quale, nella sua relazione del 15 ottobre 2007, ha affermato che gli esami svolti nel corso della recente ospedalizzazione non hanno posto in evidenza un eventuale peggioramento di patologie già presenti e non gravi (doc. 114).

Nelle sue osservazioni ricorsuali del 9 novembre 2007, l'UAIE propone la reiezione del ricorso con argomenti di cui, per quanto occorra, si riferirà nei considerandi in diritto del presente giudizio.

**G.**

Dopo aver preso atto delle osservazioni dell'amministrazione e di altra documentazione di rilievo, il Patronato INAS, con scritto del 13 dicembre 2007, ha ribadito l'intenzione della propria assistita di mantenere il ricorso. L'insorgente ha prodotto i risultati di un test di memoria il cui risultato è definito sospetto per un lieve deficit (22 ottobre 2007).

Ricevuta la replica, l'UAIE ha risottoposto gli atti al Dott. Luthi, il quale, nel suo rapporto del 20 gennaio 2008, si è riconfermato nelle sue precedenti considerazioni (doc. 116).

Duplicando in data 23 gennaio 2008, l'amministrazione ha riproposto la reiezione del gravame.

#### **H.**

Da parte sua, la parte ricorrente ha avuto modo di prendere atto della duplice dell'UAIE e del rapporto del Dott. Luthi. Parimenti, è stata invitata a compilare un formulario concernente l'assistenza giudiziaria avendo chiesto l'esonero dalle spese processuali. Detto formulario è stato restituito a questo Tribunale l'11 marzo 2008.

#### **Diritto:**

##### **1.**

Riservate le eccezioni di cui all'art. 32 della legge del 17 giugno 2005 sul Tribunale amministrativo federale (LTAF, RS 173.32), il Tribunale amministrativo federale giudica, in virtù dell'art. 31 LTAF, i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 della legge federale del 20 dicembre 1968 sulla procedura amministrativa (PA, RS 172.021) emanate dalle autorità menzionate all'art. 33 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 del 19 giugno 1959 sull'assicurazione per l'invalidità (LAI, RS 831.20).

##### **2.**

**2.1** In virtù dell'art. 3 lett. d<sup>bis</sup> 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 LAI 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.

**2.2** Secondo l'art. 59 LPGA ha diritto di ricorrere chiunque è toccato dalla decisione o dalla decisione su opposizione ed ha un interesse degno di protezione al suo annullamento o alla sua modificazione. Queste condizioni sono adempiute nella specie.

**2.3** Il ricorso è tempestivo e rispetta i requisiti minimi prescritti dalla legge (art. 60 LPGGA e 52 PA). Il gravame è dunque ammissibile, nulla ostando all'esame del merito dello stesso.

### **3.**

**3.1** 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). Si tratta 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).

**3.2** 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).

L'art. 80a LAI sancisce espressamente l'applicabilità nella presente procedura, trattandosi di un cittadino che risiede nell'Unione europea, dell'ALCP 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.

**4.**

Ai fini del presente giudizio occorre altresì 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 (5a revisione della LAI). Di seguito vengono quindi citate le disposizioni della LAI e della LPGA nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2007.

**5.**

**5.1** Giusta l'art. 17 cpv. 1 LPGA, se il grado d'invalidità del beneficiario delle rendite subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente oppure soppressa, d'ufficio o su richiesta.

**5.2** Una domanda di revisione è esaminata soltanto se l'assicurato rende verosimile che il grado di invalidità si è modificato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 e 3 dell'ordinanza del 17 gennaio 1961 sull'assicurazione per l'invalidità; OAI, RS 831.201). Se non è il caso, l'amministrazione non entra nel merito della richiesta (DTF 109 V 114 consid. 2a). La costante giurisprudenza ha stabilito che per giudicare se vi sono indizi sufficienti per ritenere verosimile una modifica rilevante del grado d'invalidità si deve tenere conto del lasso di tempo intercorso tra la decisione precedente e quella che rifiuta di entrare in materia sulla domanda di revisione: gli indizi devono essere più circostanziati quando questo lasso di tempo è breve (Sozialversicherungsrecht, Rechtsprechung [SVR] 2002 IV n. 10 consid. 1c/aa non pubblicato in DTF 127 V 294). Se l'amministrazione entra nel merito della nuova domanda deve esaminare la fattispecie da un punto di vista materiale e, in particolare, verificare se la modifica del grado di invalidità resa verosimile dall'assicurato si è effettivamente realizzata (DTF 109 V 115). In tal caso applicherà, per analogia, le disposizioni sulla revisione di rendite in corso (art. 17 cpv. 1 LPGA, art. 87ss. OAI, Pratique VSI 1999 pag. 8, DTF 117 V 198). In ogni caso la revisione della rendita è possibile unicamente se, posteriormente alla pronuncia della decisione iniziale, la situazione invalidante è effettivamente mutata. Non basta invece che una situazione, rimasta sostanzialmente invariata, sia giudicata in modo diverso (RCC 1987 p. 38 consid. 1a e 1985 pag. 336).

**5.3** Il punto di partenza per stabilire se il grado d'invalidità si è modificato in maniera tale da influire sul diritto alle prestazioni è

costituito dall'ultima decisione che ha esaminato materialmente il diritto alla rendita (DTF 133 V 108 consid. 5.4).

## 6.

**6.1** Il collegio giudicante rileva preliminarmente che, nonostante il tenore della decisione del 4 aprile 2007, l'amministrazione è entrata nel merito della richiesta di revisione della rendita di A.\_\_\_\_\_. Visti i documenti medici prodotti dalla richiedente, l'amministrazione ha ritenuto opportuno di sottoporre l'incarto al proprio medico, Dott. Luthi che, nel suo rapporto del 22 gennaio 2007, ha esaminato i referti menzionati. Così procedendo ha quindi reso superfluo l'esame della questione se essa aveva, a ragione o a torto, dichiarato di non entrare in materia sulla richiesta di revisione della rendita (DTF 109 V 114 consid. 1b).

**6.2** Conformemente alla giurisprudenza esposta al considerando 5.3, il periodo di riferimento nell'ambito della presente vertenza è quello intercorrente tra il 24 giugno 2005 (data in cui l'UAI ha erogato il quarto di rendita AI dal 1° novembre 2003) ed il 4 aprile 2007 (data della decisione impugnata). Il giudice delle assicurazioni sociali analizza, infatti, la legalità della decisione impugnata, in generale, secondo lo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione in lite è stata resa (DTF 130 V 445 consid. 1.2 e 1.2.1).

## 7.

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; Pratique VSI 2001 p. 109).

**8.** L'interessata non ha più lavorato dopo il 1996.

**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. 2<sup>bis</sup> 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.

**8.3** 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).

**8.4** Nella specie dev'essere rilevato che l'interessata ha cessato di lavorare nel 1996 causa licenziamento. Da allora non ha più cercato di reinserirsi in una nuova attività e si è dedicata alla propria economia domestica. Mediante decisione del 24 giugno 2005, l'incapacità lavorativa è stata inoltre riconosciuta solo a partire dal novembre 2002. Di conseguenza, si deve ritenere che l'interessata ha smesso di lavorare nel 1996 per motivi indipendenti dal suo stato di salute (contrariamente a quanto da lei asserito, doc. 12). Appare quindi giustificato applicare nella presente fattispecie il metodo di valutazione specifico delle casalinghe, anziché quello generale, come peraltro ammesso dall'amministrazione già nell'ambito della decisione del 24 giugno 2005.

## **9.**

**9.1** Nel riconoscere inizialmente il quarto di rendita AI, l'autorità amministrativa si era fondata su di una documentazione medica dalla quale traspariva che l'assicurata era portatrice di una sindrome lombovertebrale per ernia discale L4-L5 (operata nel 1986), osteocondrosi con spondilosi lombosacrale, ed una sindrome cervicovertebrale su di una osteocondrosi e spondilosi cervicale diffusa ed importante; epatopatia cronica (sospetta epatite), sindrome del tunnel carpale bilateralmente, insufficienza venosa agli arti inferiori ed obesità (cfr. rapporto del SAM del 15 luglio 2004).

**9.2** Attualmente, oltre al precedente quadro diagnostico, l'assicurata fa perno sulla comparsa di una sindrome delle apnee notturne e produce una serie di documenti relativi a ricoveri ospedalieri e tests riguardanti tale disturbo.

**10.**

Come viene rilevato dal Dott. Luthi, l'unica novità dal punto di vista diagnostico consiste nella sindrome delle apnee notturne. Gli esami eseguiti riguardano questa tematica. Tuttavia, come più volte rilevato dal Dott. Luthi, la patologia in atto è di livello ancora moderato e del tutto emendabile con la terapia di ventilazione notturna (C-Pap). Lo stesso medico curante dell'interessata definisce tale turba come risolta (certificato del 2 maggio 2007). Questo metodo consiste in una mascherina nasale, collegata con un sistema ventilatorio che immette aria nel sistema respiratorio. Il C-Pap è adeguatamente calibrato ai bisogni della paziente, ossia al grado d'intensità delle apnee notturne e si adegua pure, automaticamente, alle eventuali carenze di respirazione, aumentando il soffio d'immissione d'aria.

Il riscontro strumentale di una pseudo-epilessia focale notturna non desta, per ora, ulteriori problemi medici. Si tratta comunque di una patologia che deve essere tenuta sotto controllo. Nemmeno il test di memoria compartimentale di Rivermead, prodotto in sede di replica (esame del 5 novembre 2007), attesta deficit mentali/cognitivi di entità morbosa.

Per il resto, e per quanto traspare dagli atti prodotti, le altre affezioni non hanno subito peggioramenti. Non sono stati esibiti documenti riguardanti le turbe ortopediche/neurologiche. Per quel che concerne l'epatopatia, gli esami ematochimici (numerosi) non rilevano modifiche di rilievo rispetto a precedente quadro.

In sostanza dunque, confrontando l'attuale situazione con quella rilevata nel 2004 al SAM di Bellinzona, non sussistono documenti che abbiano dimostrato un eventuale peggioramento della situazione valetudinaria dell'assicurata.

Il collegio giudicante non può dunque che confermare l'impugnata decisione, con sostituzione dei motivi, nel senso che il grado d'invalidità affliggente A.\_\_\_\_\_ non ha subito mutamenti determinanti il diritto a prestazioni ai sensi dell'art. 17 LPGA.

**11.**

**11.1** Con il ricorso, la parte ricorrente ha formulato una domanda di esonero dalle spese processuali. La ricorrente ha quindi compilato l'apposito formulario. Dallo stesso si evince che percepisce un quarto

di rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità di Fr. 330.- mensili, una pensione d'invalidità civile italiana di Euro 245.- e una pensione di vedova (dall'11 febbraio 2008) di Euro 660.- al mese. Le spese fisse sono principalmente dovute all'affitto di 300.- Euro mensili.

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 comprovata la situazione d'indigenza della ricorrente 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.

**11.2** Visto l'esito del ricorso, non vengono assegnate indennità per spese ripetibili (art. 64 PA).

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

**1.**

Il ricorso è respinto.

**2.**

Non si prelevano spese processuali.

**3.**

Non vengono assegnate indennità per spese ripetibili.

**4.**

Comunicazione a:

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

Il presidente del collegio:

Il cancelliere:

Francesco Parrino

Dario Croci Torti

**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: