



Corte III
C-3767/2014

Sentenza del 17 novembre 2016

Composizione

Giudici Michela Bürki-Moreni (presidente del collegio),
Madeleine Hirsig-Vouilloz, Daniel Stufetti,
cancelliere Graziano Mordasini.

Parti

A. _____,
patrocinata dal Patronato INAS,
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, revisione della rendita
(decisione del 6 giugno 2014).

Fatti:**A.**

A._____ (di seguito: A._____), cittadina italiana, nata il..., divorziata, con due figlie maggiorenni, ha lavorato in Svizzera a partire dall'agosto 1983 fino a fine 1991 quale operaria addetta alle macchine e ai turni di lavoro nei reparti estrusione e stampaggio (doc. A 1-1 a 1-6, 3-1, 4-1 a 4-3 e 9-1 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli assicurati residenti all'estero [UAIE]).

B.

A._____ ha interrotto il lavoro il 27 dicembre 1991 per motivi di salute (doc. A 4-1, 5-3 e 9-3). Con rapporto del 13 ottobre 1992, commissionato dalla cassa malati B._____, il dott. C._____, specialista in medicina interna, ha attestato che l'assicurata era affetta da angiomasosi diffusa del fegato, stato dopo asportazione di angiomi il 23 marzo 1992, stato dopo colecistectomia ed epatite cronica. Essa è stata considerata inabile al lavoro in misura totale (rapporti della cassa malati B._____ del 13 ottobre 1993 (doc. B 1-5 a 1-7 dell'incarto della Cassa malati B._____) e del 5 agosto 1992 (doc. B 1-9 a 1-10).

C.

C.a Il 27 febbraio 1993 l'interessata ha formulato, all'attenzione della D._____ (di seguito: D._____), una richiesta volta all'ottenimento di una rendita dell'assicurazione svizzera per l'invalidità per cittadini non domiciliati in Svizzera (doc. A 1-1 a 1-6).

Con perizia del 20 dicembre 1993, allestita su richiesta della D._____, il dott. E._____, specialista in medicina interna, oncologia ed ematologia, ha posto le diagnosi di emangiomi epatici multipli, noti dal gennaio 1992, stato dopo resezione di emangioma lobo IV-V del fegato, stato dopo colecistectomia, stato dopo tonsillectomia e appendectomia. Il perito ha attestato che la paziente sarebbe stata messa in lista d'attesa per un trapianto epatico. Secondo il medico se sottoposta con successo a trapianto, le sue condizioni avrebbero potuto migliorare. La richiedente è stata ritenuta inabile al lavoro in misura completa per un periodo indeterminato (doc. A 9-1 a 9-5).

C.b La D._____, dopo aver constatato che A._____ non era ancora stata posta in lista d'attesa per un trapianto epatico e che quindi secondo

il dott. E._____ le poteva essere riconosciuta unicamente un'inabilità lavorativa parziale pari al 50% (doc. A 11-1) con progetto di decisione dell'11 febbraio 1994 le ha comunicato che avrebbe avuto diritto ad una mezza intera AI dal 1° dicembre 1992. Detta autorità ha altresì riconosciuto a quest'ultima la facoltà di formulare delle osservazioni per iscritto (doc. A 12-1 a 12-2).

C.c Con decisione dell'8 marzo 1994 la Cassa Svizzera di compensazione ha confermato il diritto della richiedente ad una mezza rendita di invalidità dal 1° dicembre 1992 (doc. A 13-1 a 13-2, 14-1).

D.

Con ulteriori decisioni del 7 maggio 1996 (doc. A 22-1), 24 agosto 1999 (doc. A 26-1), 12 maggio 2003 (doc. A 36-1 a 36-2), 7 giugno 2006 (doc. A 55-1 a 55-2) e 24 febbraio 2012 (doc. A 73, 74, 76-1 a 76-2), l'F._____ (di seguito: F._____) ha confermato, in via di revisione, il diritto dell'assicurata ad una mezza rendita di invalidità.

E.

Nell'ottobre 2009 l'assicurata ha ripreso a svolgere attività lavorativa quale cameriera al 50% (doc. 69-2 a 69-3).

F.

F.a Con perizia del 3 settembre 2013, allestita su richiesta della cassa malati G._____, il dott. H._____, specialista in medicina interna, ha posto la diagnosi di angiomatosi diffusa in stato dopo epatectomia per resezione epatica destra nel marzo 1992 con stabilità clinica addominale fino circa un anno orsono, stato dopo colecistectomia nel 1992, attuale recrudescenza con aumento degli episodi di coliche addominali con calo ponderale, dispepsia con reflusso gastroesofageo negli ultimi mesi, problematica erniaria su aderenze, ernia iatale, gastrite ed infetto da Helicobacter. Detto medico ha riconosciuto all'interessata un'inabilità al lavoro del 100% per ogni tipo di attività dal 19 giugno 2013 (doc. B 9-1 a 9-3).

Il 2 novembre 2013 A._____ ha pertanto formulato una domanda di revisione del diritto alla rendita (doc. A 79-1 a 79-6), producendo il questionario AI compilato dal suo ultimo datore di lavoro (doc. A 89-1 a 89-5).

Nel rapporto del 6 gennaio 2014, redatto all'attenzione dell'AI, il dott. I._____, medico curante, la cui specializzazione non è nota, ha posto le diagnosi di angioma epatico voluminoso del 4° e 5° segmento epatico

asportato chirurgicamente con colecistectomia nel 1992, successiva angiomasiosi diffusa del fegato superstite (con lesioni di anche 5 cm), numerose recidive dolorose dell'ipocondrio destro, adenoma sinistro, diverticolosi del sigma e gastro-duodenite erosiva. La richiedente è stata ritenuta abile al lavoro nella misura del 50% (limite temporale di 4 ore giornaliere e per attività di scarso impegno fisico; doc. A 91-1 a 91-6).

F.b Con perizia del 28 gennaio 2014, commissionata dalla G. _____ e assunta agli atti dall'AI, il dott. L. _____, specialista in medicina interna, ha posto la diagnosi di angiomasiosi epatica, stato dopo resezione di emangiomi epatici del IV e V segmento epatico più colecistectomia nel 1992. Detto medico le ha poi riconosciuto un'inabilità totale nell'ultima occupazione quale cameriera ed una capacità lavorativa del 50% per qualsiasi attività richiedente un impegno fisico moderato, vale a dire al massimo leggero, proponendo quali lavori ragionevolmente esigibili quelli di impiegata o cassiera (doc. B 14-1 a 14-3).

F.c Alla luce della documentazione medica agli atti, con annotazione del 12 febbraio 2014 il dott. M. _____, medico generalista del SMR, ha ritenuto la richiedente inabile al lavoro nella misura del 100% in ogni attività dal 19 giugno 2013 al 28 gennaio 2014 e abile al lavoro nella misura del 50% in attività leggera in seguito, lo stato funzionale essendo sovrapponibile a quello del passato (doc. A 94-1).

F.d Con decisione del 6 giugno 2014 (doc. A 105-1 a 105-7), che ha fatto seguito ad un progetto di decisione del 1° aprile precedente (doc. A 98-1 a 98-3), l'UAIE è entrato nel merito della richiesta di revisione e constatato un peggioramento dello stato di salute comportante un'incapacità al lavoro totale per il periodo dal 19 giugno 2013 al 28 gennaio 2014. L'autorità di prime cure ha quindi riconosciuto all'interessata una rendita intera dal 1° novembre 2013 al 30 aprile 2014 e una mezza rendita dal 1° maggio 2014.

G.

G.a Il 7 luglio 2014, agendo per il tramite del Patronato INAS, A. _____ ha interposto ricorso dinanzi al Tribunale amministrativo federale avverso la suddetta decisione dell'UAIE. Ha segnalato che vi era stato un peggioramento del suo stato di salute tale da comportare un'incapacità lavorativa superiore al 70% e postulato il riconoscimento di una rendita intera di invalidità anche posteriormente al 30 aprile 2014. L'insorgente ha inoltre indicato di essere indigente, chiedendo la dispensa dal pagamento delle spese giudiziarie (doc. TAF 1).

G.b Con complemento al ricorso dell'8 luglio 2014 (doc. TAF 2) la ricorrente ha trasmesso una relazione medica del giorno precedente del dott. N._____, specialista in ortopedia, attestante la necessità di un ricovero ospedaliero per operazioni ad entrambe le mani (allegato al doc. TAF 2).

G.c Il 17 novembre 2014 l'insorgente ha esibito il formulario " domanda di gratuito patrocinio " (doc. TAF 13).

H.

Con preavviso del 7 gennaio 2015 l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame (doc. TAF 15). Ha indicato che – visto il contenuto della perizia del 28 gennaio 2014 del dott. L._____, (doc. B 14-1 a 14-3) e tenuto conto del rapporto del proprio servizio medico del 12 febbraio seguente (doc. A 94-1) – il dissenso puramente soggettivo e non sostenuto da elementi oggettivi di natura medica formulato dalla ricorrente non apportava nuovi elementi suscettibili di modificarne la valutazione. Detto Ufficio ha altresì sostenuto che la documentazione prodotta inerente una problematica alle mani di nuova insorgenza (allegato al doc. TAF 2) non permetteva di ritenere in maniera convincente ed oggettivamente l'esistenza di un'incapacità lavorativa superiore a quella accertata e non era tale da giustificare l'esperimento di ulteriori indagini di natura medica. L'autorità di prime cure ha infine sottolineato come, con annotazione del 29 dicembre 2014, il dott. O._____, medico SMR, la cui specializzazione non è nota, aveva ritenuto che il previsto intervento alle mani avrebbe comportato un'incapacità lavorativa del 100% limitata ad un periodo da sei a dodici settimane (allegato al doc. TAF 15).

I.

Con replica del 17 febbraio 2015 la ricorrente ha prodotto referti radiologici riguardanti un periodo posteriore alla data della decisione impugnata e documentazione medica relativa agli interventi agli arti superiori a cui si era già sottoposta e a quelli previsti ed indicato di essere impossibilitata a svolgere un'attività lucrativa (doc. TAF 18 con allegati).

J.

Tramite duplice del 13 marzo 2015 l'UAIE, richiamato il parere del dott. O._____ del 9 marzo precedente, ha indicato che i referti radiologici riguardanti mani, schiena, bacino e ginocchia erano consoni all'età dell'interessata, senza presenza di particolari patologie, precisando nel contempo che gli interventi a cui la ricorrente si era sottoposta ad inizio ottobre 2014 avevano comportato un'intercorrente incapacità lavorativa del 100% da inizio ottobre 2014 fino a metà gennaio 2015 (doc. TAF 20 con allegato).

Diritto:**1.**

1.1 Il Tribunale amministrativo federale esamina d'ufficio e con piena cognizione la sua competenza (art. 31 e segg. LTAF), 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 LAI (RS 831.20), i ricorsi contro le decisioni, ai sensi dell'art. 5 PA, rese dall'F._____ 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 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 La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681).

2.2 L'allegato II è stato modificato con effetto dal 1° aprile 2012 (Decisione 1/2012 del Comitato misto del 31 marzo 2012; RU 2012 2345). Nella sua nuova versione esso prevede in particolare che le parti contraenti applicano tra di loro, nel campo del coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, gli atti giuridici di cui alla sezione A dello stesso allegato, comprese eventuali loro modifiche o altre regole equivalenti ad essi (art. 1 ch. 1) ed assimila la Svizzera, a questo scopo, ad uno Stato membro dell'Unione europea (art. 1 ch. 2).

2.3 Gli atti giuridici riportati nella sezione A dell'allegato II sono, in particolare, il regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 (RS 0.831.109.268.1) relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, con le relative modifiche, e il regolamento (CE) n. 987/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009 (RS 0.831.109.268.11) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 883/2004, nonché il regolamento (CEE) n. 1408/71 del Consiglio del 14 giugno 1971 (RU 2004 121, 2008 4219 4237, 2009 4831) 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, con le relative modifiche, e il regolamento (CEE) n. 574/72 del Consiglio del 21 marzo 1972 (RU 2005 3909, 2008 4273, 2009 621 4845) che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CEE) n. 1408/71, con le relative modifiche, entrambi applicabili tra la Svizzera e gli Stati membri fino al 31 marzo 2012 e quando vi si fa riferimento nel regolamento (CE) n. 883/2004 o nel regolamento (CE) n. 987/2009 oppure quando si tratta di casi verificatisi in passato.

2.4 Secondo l'art. 4 del regolamento (CE) n. 883/2004, salvo quanto diversamente previsto dallo stesso, le persone ad esso soggette godono delle medesime prestazioni e sottostanno agli stessi obblighi di cui alla legislazione di ciascuno Stato membro, alle stesse condizioni dei cittadini di tale Stato. Ciò premesso, nella misura in cui l'ALC e, in particolare, il suo allegato II, non prevede disposizioni contrarie, l'organizzazione della procedura, come pure l'esame delle condizioni di ottenimento di una rendita d'invalidità svizzera, sono regolate dal diritto interno svizzero (DTF 130 V 253 consid. 2.4).

3.

3.1 Dal profilo temporale sono applicabili le disposizioni in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 136 V 24 consid. 4.3 e 130 V 445 consid. 1.2 e relativi riferimenti nonché 129 V 1 consid. 1.2). La domanda di revisione essendo stata presentata il 2 novembre 2013 (doc. A 79-1 a 79-6), al caso in esame si applicano le disposizioni della 6a revisione della LAI (primo pacchetto) entrate in vigore il 1° gennaio 2012.

3.2 Giova altresì rilevare che il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata. Il giudice delle assicurazioni sociali esamina infatti la decisione impugnata sulla base della situazione di

fatto esistente al momento in cui essa è stata pronunciata, nel caso concreto il 6 giugno 2014. Tiene tuttavia 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 121 V 362 consid. 1b), in altri termini se gli stessi sono strettamente connessi all'oggetto litigioso e se sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui detta decisione litigiosa è stata resa (cfr. sentenza del TF 8C_278/2011 del 26 luglio 2011 consid. 5.5 nonché 9C_116/2010 del 20 aprile 2010 consid. 3.2.2; DTF 118 V 200 consid. 3a in fine).

4.

Oggetto del contendere è il diritto della ricorrente di percepire una rendita intera di invalidità anche dopo il 30 aprile 2014 (doc. A 79-1 a 79-6). In concreto va quindi esaminato se, da febbraio 2014 la situazione di salute, rispettivamente la capacità lavorativa dell'interessata sono migliorate in modo tale da giustificare la sostituzione della rendita intera d'invalidità con una mezza rendita (già percepita prima del 1° novembre 2013). Incontestata e suffragata dai documenti agli atti è per contro il diritto alla rendita dal 1° novembre 2013 al 30 aprile 2014.

4.1 L'insorgente si avvale, in considerazione delle patologie epatiche e ortopediche, di un grado di invalidità superiore al 70%.

4.2 L'amministrazione ritiene per contro che l'assicurata, in base a recenti indagini in medicina interna, presenta un grado complessivo d'incapacità al lavoro del 50% dal 1° maggio 2014, eccezion fatta per un'intercorrente incapacità lavorativa del 100% da inizio ottobre 2014 fino a metà gennaio 2015 conseguente agli interventi alle mani a cui essa si era sottoposta. Pertanto lo stato di salute della ricorrente, così come le conseguenze dello stesso, non sono peggiorate.

5.

5.1 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.

5.2 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. 2 LAI). In seguito all'entrata in vigore dell'Accordo bilaterale, la limitazione prevista dall'art. 29 cpv. 4 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 svizzero o dell'UE. Dopo l'entrata in vigore dei nuovi regolamenti (CE) n. 883/2004 e n. 987/2009, i cittadini svizzeri e dell'Unione europea che presentano un grado d'invalidità del 40% almeno, hanno diritto a un quarto di rendita in applicazione dell'art. 28 cpv. 1 LAI indipendentemente dal loro domicilio e residenza (art. 4 del regolamento [CE] n. 883/04).

5.3 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. Per valutare la presenza di un'incapacità al guadagno sono considerate esclusivamente le conseguenze del danno alla salute; inoltre, sussiste un'incapacità al guadagno soltanto se essa non è oggettivamente superabile.

6.

6.1 Secondo l'art. 17 LPGGA, se il grado d'invalidità del beneficiario della rendita subisce una notevole modificazione, per il futuro la rendita è aumentata o ridotta proporzionalmente o soppressa, d'ufficio o su richiesta. Il cpv. 2 della stessa norma prevede che ogni altra prestazione durevole accordata in virtù di una disposizione formalmente passata in giudicato è, d'ufficio o su richiesta, aumentata, diminuita o soppressa se le condizioni che l'hanno giustificata hanno subito una notevole modificazione.

6.2 Giusta l'art. 87 cpv. 2 OAI (RS 831.201), se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado di invalidità o di

grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è cambiato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni.

6.3

6.3.1 Va altresì rammentato che il grado di prova richiesto dall'art. 87 cpv. 2 OAI è attenuato in quanto non è necessario che l'amministrazione raggiunga il convincimento, nel senso della verosimiglianza preponderante, che rispetto all'ultima decisione cresciuta in giudicato sia effettivamente subentrata una modifica rilevante. Basta piuttosto che sussistano almeno indizi plausibili a favore della circostanza invocata, ferma restando comunque la possibilità che la modifica invocata venga poi smentita da un più attento esame (v. sentenza del TF 9C_708/2007 dell'11 settembre 2008 consid. 2.2 e relativi riferimenti).

6.3.2 La condizione di verosimiglianza posta dall'art. 87 cpv. 3 OAI deve permettere all'amministrazione, che ha precedentemente rifiutato una prestazione o comunque una sua revisione con provvedimento cresciuto in giudicato, di scartare senza ulteriori esami nuove domande con le quali l'assicurato si limita a ripetere gli stessi argomenti, senza allegare una modifica di fatti determinanti (DTF 125 V 410 consid. 2b). Adita con una nuova domanda, l'amministrazione deve così cominciare con l'esaminare se le allegazioni dell'assicurato sono, in maniera generale, plausibili, in altri termini se l'assicurato ha reso plausibile, e non verosimile nel senso della probabilità preponderante, una modifica significativa del suo stato di salute, suscettibile d'incidere sulla sua capacità lavorativa rispettivamente sul grado d'invalidità, rispetto a quella precedentemente ritenuta. Se ciò non è il caso, può liquidare l'istanza senza ulteriori indagini con una decisione di non entrata nel merito. A tal proposito, occorre precisare che quanto più breve è il lasso di tempo trascorso dalla decisione precedente, tanto più rigorosamente l'amministrazione apprezzerà la plausibilità delle allegazioni dell'assicurato. Su questo aspetto, essa dispone di un certo margine di apprezzamento che il giudice è di principio tenuto a rispettare (v. sentenze del TF 9C_708/2007 dell'11 settembre 2008 consid. 2.3 e relativi riferimenti; 9C_860/2007 del 10 dicembre 2008 consid. 5 e I 52/03 del 16 gennaio 2004 consid. 3).

6.4 L'art. 88a cpv. 2 OAI prevede che se la capacità al guadagno o la capacità di svolgere le mansioni consuete peggiora, se la grande invalidità si aggrava o se il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità aumenta, il cambiamento va tenuto in considerazione non appena è durato tre mesi senza interruzione notevole. L'aumento della rendita, dell'assegno

per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza avviene al più presto se l'assicurato ha chiesto la revisione a partire dal mese in cui la domanda è stata inoltrata (art. 88^{bis} cpv. 1 lett. a OAI).

6.5 Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, costituisce motivo di revisione della rendita d'invalidità ogni modifica rilevante delle circostanze di fatto suscettibile d'influire sul grado di invalidità e, quindi, sul diritto alla rendita. Per conseguenza, la rendita può essere soggetta a revisione non soltanto in caso di modifica significativa dello stato di salute, ma anche quando detto stato è rimasto invariato, ma le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento significativo (sentenza del TF I 870/05 del 2 maggio 2007; DTF 130 V 343 consid. 3.5). Peraltro, per procedere alla revisione di una rendita d'invalidità occorre che il grado d'invalidità abbia subito una notevole modifica (art. 17 cpv. 1 LPGA). A differenza di quanto prescritto dall'art. 17 cpv. 2 LPGA per le altre prestazioni durevoli, l'art. 17 cpv. 1 LPGA non esige in relazione alla revisione di una rendita d'invalidità una modifica notevole dello stato di fatto, ma (solo) una modifica notevole del grado d'invalidità. Questa modifica può risiedere sia in un cambiamento dello stato di salute sia in una modifica della componente lucrativa (DTF 133 V 545 consid. 6.1-6.3). Anche una modifica di poco conto nello stato di fatto determinante può così dare luogo a una revisione di una rendita dell'assicurazione per l'invalidità se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di un valore limite (DTF 133 V 545 consid. 6.3). In tale evenienza i parametri di calcolo dell'invalidità, compresi gli aspetti parziali del diritto alla rendita (quali sono segnatamente la determinazione del reddito con e senza invalidità), possono essere ridefiniti facendo capo alle regole applicabili al momento del nuovo esame (cfr. sentenza del TF 9C_696/2007 consid. 5.1 e relativi riferimenti). Irrilevante è invece, una diversa valutazione di una fattispecie restata sostanzialmente immutata (DTF 112 V 371 consid. 2b).

7.

7.1 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è di carattere giuridico economico e non medico (DTF 116 V 249 consid. 1b). In base all'art. 16 LPGA, applicabile per il rinvio dell'art. 28a cpv. 1 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).

7.2 In assenza di documentazione economica, la documentazione medica costituisce un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora esigibili dall'assicurato, ma non spetta al medico graduare il grado d'invalidità dell'assicurato (DTF 114 V 314). Infatti, 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).

7.3 In particolare, secondo l'art. 43 LPGGA (in combinazione con l'art. 57 LAI), l'assicuratore esamina le domande, intraprende d'ufficio i necessari accertamenti e raccoglie le informazioni di cui ha bisogno. Conformemente all'art. 59 cpv. 1 LAI, gli Uffici AI si organizzano in modo da garantire che i compiti elencati nell'art. 57 siano eseguiti con professionalità ed efficienza nel rispetto delle prescrizioni e delle istruzioni della Confederazione e, giusta il capoverso 2, approntano i servizi medici regionali interdisciplinari. Secondo l'art. 59 cpv. 2bis LAI, i servizi medici regionali sono a disposizione degli uffici AI per valutare le condizioni mediche del diritto alle prestazioni, stabiliscono la capacità funzionale dell'assicurato - determinante per l'AI secondo l'articolo 6 LPGGA - di esercitare un'attività lucrativa o di svolgere le mansioni consuete in una misura ragionevolmente esigibile e sono indipendenti per quanto concerne le decisioni in ambito medico nei singoli casi. Scopo e senso dell'art. 59 cpv. 2bis LAI, come pure dell'art. 49 OAI, risiedono nella possibilità, per gli uffici AI, di fare capo a propri medici per la valutazione degli aspetti sanitari del diritto alla rendita.

7.4 Quanto alla valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è tanto né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (sentenza del TF 8C_153/2007 del 7 maggio 2008; DTF 125 V 351 consid. 3a pag. 352; 122 V 157 consid. 1c pag. 160;

HANS-JAKOB MOSIMANN, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: *Aktuelles im Sozialversicherungsrecht*, 2001, pag. 266). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. la Corte ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove (art. 40 PC e art. 19 PA, art. 95 cpv. 2, art. 113 e 132 vOG) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie.

7.5 Una valutazione medica completa, comprensibile e concludente che, considerata a sé stante in occasione di un'unica (prima) valutazione del diritto alla rendita, andrebbe ritenuta probante, non assurge a prova attendibile in caso di revisione, se non attesta in modo sufficiente in che modo rispettivamente in che misura ha avuto luogo un effettivo cambiamento nello stato di salute. Sono tuttavia riservati i casi evidenti (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81 consid. 4.2). Dalla perizia deve quindi emergere chiaramente che i fatti con cui viene motivata la modifica sono nuovi o che i fatti preesistenti si sono modificati sostanzialmente per quanto riguarda la loro natura rispettivamente la loro entità. L'accertamento di una modifica dei fatti è in particolare sufficientemente comprovata se i periti descrivono quali aspetti concreti nell'evoluzione della malattia e nell'andamento dell'incapacità lavorativa hanno condotto alla nuova valutazione diagnostica e alla stima dell'entità dei disturbi. Le summenzionate esigenze devono trovare riscontro nel tenore delle domande poste al perito (sentenza del TF 9C_158/2012 del 5 aprile 2013; SVR 2012 IV pag. 81 consid. 4.3).

7.6 Alla luce dell'art. 59 cpv. 2bis LAI, come pure dell'art. 49 OAI, i medici SMR, grazie alle loro specifiche conoscenze medico-assicurative, sono chiamati a valutare la capacità funzionale della persona assicurata. In questo modo è stata creata una chiara separazione di competenze tra medici curanti e assicurazione sociale. Sulla base delle indicazioni del SMR, l'UAIE deve così decidere cosa si può ragionevolmente pretendere da un assicurato e cosa invece no (sentenza del TF 9C_9/2010 del 29 settembre 2010 consid. 2). Peraltro, i rapporti SMR hanno per funzione di effettuare una sintesi delle informazioni e degli esami medici di cui agli atti di causa e formulare delle raccomandazioni quanto al seguito da dare all'incarto da un punto di vista medico (sentenza del TF 9C_542/2011 del 26 gennaio 2012 consid. 4.1). Per poter loro attribuire pieno valore probatorio, i rapporti dei servizi medici regionali devono essere redatti da medici che dispongono delle qualifiche specialistiche richieste nel singolo caso di specie. Se ciò non è il caso, il loro valore probatorio è affievolito (sentenza del TF 9C_826/2009 del 20 luglio 2010 consid. 4.2).

8.

Nell'ambito della prima procedura tendente all'attribuzione di una rendita, avviata nel 1993, l'UAIE si è fondato sul rapporto del 13 ottobre 1992 del dott. C. _____ (doc. B 1-5 a 1-7) e sulla perizia del 20 dicembre 1993 del dott. E. _____ (doc. A 9-1 a 9-5), in cui è stato stabilito che A. _____ era affetta da angiomatosi diffusa del fegato, stato dopo asportazione di angiomi al lobo IV-V del fegato il 23 marzo 1992, stato dopo colecistectomia, epatite cronica, stato dopo tonsillectomia e appendectomia, comportanti una completa incapacità al lavoro per un periodo indeterminato. L'8 marzo 1994, dopo aver constatato che l'assicurata non era stata posta in lista d'attesa per un trapianto epatico (doc. A 11-1), l'UAIE ha riconosciuto all'interessata una mezza rendita di invalidità a decorrere dal 1° dicembre 1992 (doc. A 13-1 a 13-2), opinione confermata a più riprese negli anni successivi con decisioni su revisione, l'ultima volta il 24 febbraio 2012 (doc. A 76-1 a 76-2).

9.

9.1 In occasione della procedura di revisione promossa da A. _____ in data 2 novembre 2013 è stata assunta agli atti diversa documentazione medica, segnatamente la perizia del 3 settembre 2013 del dott. H. _____ che ha posto le diagnosi di angiomatosi epatica diffusa in stato dopo epatectomia per resezione epatica destra nel marzo 1992 con stabilità clinica addominale fino circa un anno orsono, stato dopo colecistectomia nel 1992, attuale recrudescenza con aumento degli episodi di coliche addominali con calo ponderale, dispepsia con reflusso gastroesofageo negli ultimi mesi, problematica erniaria su aderenze, ernia iatale, gastrite e infetto da Helicobacter, tali da comportare un'inabilità lavorativa al 100% per ogni tipo di attività dal 19 giugno 2013 (doc. B 9-1 a 9-3).

Nel rapporto del 6 gennaio 2014 il dott. I. _____ ha attestato l'esistenza di angioma epatico voluminoso del 4° e 5° segmento epatico asportato chirurgicamente con colecistectomia nel 1992, successiva angiomatosi diffusa del fegato superstite (con lesioni di anche 5 cm), numerose recidive dolorose dell'ipocondrio destro, adenoma sinistro, diverticolosi del sigma e gastro-duodenite erosiva, comportanti un'inabilità al lavoro del 50% (limite temporale di 4 ore giornaliere e per attività di scarso impegno fisico; doc. A 91-1 a 91-6).

È pure stata prodotta la perizia del dott. L. _____ del 28 gennaio 2014 in cui è stata posta la diagnosi di angiomatosi epatica, stato dopo resezione di emangiomi epatici del IV e V segmento epatico più colecistectomia nel

1992, implicanti un'inabilità totale nell'ultima occupazione svolta di cameriera ed una capacità lavorativa del 50% per qualsiasi attività richiedente un impegno fisico moderato, quali ad esempio impiegata o cassiera (doc. B 14-1 a 14-3).

9.2 La documentazione medica è stata sottoposta al dott. M._____. Con rapporto del 12 febbraio 2015 egli ha reputato che, segnatamente sulla base della visita specialistica del dott. L._____, il quadro clinico e lo stato funzionale dell'interessata erano sovrapponibili a quelli del passato comportanti una capacità lavorativa del 50% in attività leggera, eccezion fatta per un peggioramento dello stato di salute comportante un'incapacità lavorativa totale limitatamente al periodo dal 19 giugno 2013 al 28 gennaio 2014 (doc. A 94-1).

10.

10.1 Pendente causa di ricorso l'assicurata ha presentato ulteriore documentazione, in particolare la certificazione medica del 7 luglio 2014 del dott. N._____ (allegato al doc. TAF 2), dalla quale emerge che essa soffre di cisti peritendinee regione flessoria III° e IV° dito mano sinistra, pollice a scatto bilaterale, tenosinovite stenosante flessori III°, IV° e V° dito mano dx e sin alla puleggia prossimale, disturbi necessitanti degli interventi chirurgici (allegati ai doc. TAF 1, 2 e 18).

10.2 I nuovi atti, che non attestano inabilità lavorativa, sono stati sottoposti dall'UAIE al dott. O._____, il quale, con rapporto del 29 dicembre 2014 (allegato al doc. TAF 15), ha indicato che il previsto intervento avrebbe comportato un'incapacità lavorativa del 100% da sei a dodici settimane e che nel frattempo rimaneva valida l'esigibilità lavorativa stabilita dal dott. L._____.

10.3 Anche gli atti medici più recenti prodotti dalla ricorrente (allegati al doc. TAF 18) sono stati sottoposti al dott. O._____, il quale nel suo rapporto del 9 marzo 2015 (allegato al doc. TAF 20) ha indicato che i referti radiologici presentati dall'insorgente sono consoni all'età, senza presenza di particolari patologie. Egli ha poi ritenuto che gli interventi a cui la ricorrente si era sottoposta ad inizio ottobre 2014 (tenolisi flessore pollice mano sinistra e neurolisi n. mediano a sinistra) avevano comportato un'intercorrente incapacità lavorativa del 100% da inizio ottobre 2014 fino a sei settimane dopo l'intervento di neurolisi, quindi fino a metà gennaio 2015.

11.

11.1 Nella fattispecie in esame l'UAIE è entrato nel merito della domanda di revisione formulata dall'insorgente e, fondandosi sulla documentazione assunta agli atti dalla cassa malati G._____, in particolare sulla perizia del dott. H._____ del 3 settembre 2013 (consid. 10) e sulle certificazioni mediche trasmesse dall'assicurata, elencate al consid. 11.1 ed esaminate dal proprio servizio medico (consid. 11.2), ha constatato un peggioramento dello stato di salute della ricorrente in seguito a recrudescenza della nota patologia, comportante una totale incapacità lavorativa soltanto per il periodo dal 19 giugno 2013 al 28 gennaio 2014. L'autorità di prime cure ha quindi riconosciuto all'interessata una rendita intera dal 1° novembre 2013 (mese in cui è stata richiesta la revisione della rendita) al 30 aprile 2014 (tre mesi dopo il miglioramento dello stato di salute; doc. A 105-1 a 105-7).

11.2 Anche per quanto attiene al periodo successivo, segnatamente dal febbraio 2014, non vi è motivo di scostarsi dall'apprezzamento del dott. M._____, posto alla base della decisione impugnata, per quanto attiene al miglioramento della patologia epatica. Detta situazione è stata infatti attestata in modo convincente dal dottor L._____ il quale ha dichiarato che il quadro clinico e lo stato funzionale dell'interessata erano sovrapponibili a quelli del passato e altresì dal medico curante.

Al riguardo va rilevato che con rapporto del 17 novembre 2011 (doc. A 73-2 a 73-6), alla base dell'ultima decisione su revisione d'ufficio del 24 febbraio 2012 (doc. A 76-1 a 76-2), il dott. I._____ aveva posto le diagnosi note comportanti per l'interessata una capacità lavorativa residua del 50% sia nell'ultima attività svolta che in una adeguata al suo stato di salute, a conferma della situazione esistente dal 1992. Ora, le valutazioni e le conclusioni a cui giungono lo stesso dott. I._____ nel rapporto del 6 gennaio 2014 (doc. A 91-1 a 91-6) e il dott. L._____ con perizia del 28 gennaio successivo (doc. B 14-1 a 14-3), ed elencate al consid. 11.1, ricalcano quanto constatato in precedenza. In altri termini, non appare esservi stato un cambiamento significativo dello stato di salute dell'insorgente, se non per il periodo dal 19 giugno 2013 al 28 gennaio 2014, incontestato in questa sede. Non risulta altresì documentazione medica che possa giustificare, con riscontri oggettivi, un diverso apprezzamento della situazione, almeno fino alla data della decisione impugnata. Alla luce di quanto appena esposto, su questo aspetto il ricorso deve essere respinto e la decisione impugnata confermata.

12.

12.1 Occorre inoltre esaminare la rilevanza della documentazione prodotta da A._____ pendente causa, in particolare l'esame ecografico del 27 giugno 2014 (allegato al doc. TAF 1) e il rapporto medico del 7 luglio 2014, entrambi concernenti i disturbi alle mani di cui è affetta (allegato al doc. TAF 2), gli esami diagnostici del 9 agosto 2014 (Rx rachide lombare, Rx bacino, Rx ginocchio destro e sinistro, Rx tibiotarsica destra e sinistra), nonché i certificati medici del 16 ottobre e 1° dicembre 2014 relativi ai postumi degli interventi agli arti superiori a cui si è sottoposta l'interessata (allegati al doc. TAF 18).

Tali referti medici, benché redatti posteriormente alla pronuncia dell'UAIE, possono essere presi in considerazione nell'ambito della presente vertenza (v. sulla questione, il considerando 3.2 del presente giudizio).

12.2 Ora, sebbene in parte immediatamente successivi alla decisione impugnata, i suddetti documenti riguardano affezioni di carattere ortopedico/reumatologico. Essi non sono pertanto strettamente connessi con le patologie epatiche di cui soffre l'interessata e non sono suscettibili di influire sull'apprezzamento del giudice al momento in cui la decisione litigiosa è stata resa ed esulano quindi dal potere di cognizione del Tribunale (cfr. consid. 3.2). Del resto per quanto riguarda in particolare i certificati precedenti l'intervento immediatamente successivi alla decisione impugnata, non è stata attestata alcuna limitazione della capacità lavorativa. Essi non sono pertanto atti a mettere in discussione la valutazione eseguita in sede amministrativa.

12.3 Ritenuto tuttavia che il dott. O._____ ha riconosciuto un'incapacità lavorativa totale da inizio ottobre 2014 a metà gennaio 2015 e quindi per certo per un lasso di tempo superiore ai tre mesi, l'incarto va trasmesso per competenza all'UAIE per accertare compiutamente se dopo la pronuncia della decisione impugnata è intervenuto un peggioramento dello stato di salute rilevante ai fini di un'eventuale modifica del grado di invalidità.

13.

Alla luce di quanto esposto, consegue che il ricorso, destituito di fondamento, non merita tutela e la decisione impugnata va confermata.

14.

14.1 Visto l'esito della procedura le spese andrebbero poste a carico della ricorrente (art. 63 cpv. 1 PA), la quale ha tuttavia chiesto di essere esonerata dal pagamento dei costi procedurali.

Giusta l'art. 65 cpv. 1 PA, a cui rinvia l'art. 37 LTAF, se una parte non dispone di mezzi necessari e le sue conclusioni non sembrano prive di probabilità di successo, il giudice dell'istruzione la dispensa, a domanda, dopo il deposito del ricorso, dal pagamento delle spese processuali. I presupposti per la concessione dell'assistenza giudiziaria (nel senso della dispensa dalle spese processuali e dal relativo anticipo) e del gratuito patrocinio sono di massima adempiuti se il richiedente si trova nel bisogno, se le sue conclusioni non sembrano dover avere esito sfavorevole e l'assistenza di un avvocato è necessaria o perlomeno indicata (sentenza del TF 9C_147/2011 del 20 giugno 2011; DTF 127 I 202 consid. 3b; 125 V 371 consid. 5b e relativi riferimenti). Una parte si trova nel bisogno qualora non sia in grado, entro un termine adeguato, di pagare le spese giudiziarie senza pregiudicare i mezzi necessari al suo sostentamento e a quello della sua famiglia (sentenze del TF 9C_147/2011; 9C_112/2014 del 19 marzo 2014; DTF 128 I 225 consid. 2.5.1).

Lo stato di bisogno deve essere valutato in base alla risorse finanziarie (reddito e sostanza mobiliare e immobiliare dell'istante (DTF 124 I 1 consid. 2a) e, dandosi il caso, delle persone che hanno verso di lui degli obblighi di mantenimento (per esempio il coniuge; DTF 120 la 179; 115 la 193). Non entrano invece in linea di conto le risorse finanziarie di parenti cui l'interessato potrebbe far capo a norma degli art. 328 e 329 CC (DTF 115 la 193 consid. 3a; sentenze del TF 4A_294/2010 del 2 luglio 2010 consid. 3.3 e 5A_231/2009 del 18 settembre 2009 consid. 2.4) - ad eccezione, per quanto riguarda i figli maggiorenni, di quanto previsto all'art. 277 cpv. 2 CC - essendo l'obbligo sussidiario rispetto a quello dello Stato di garantire il gratuito patrocinio (MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, *Prozessieren vor dem Bundesverwaltungsgericht*, 2a ed. 2013, pag. 279). Il termine di "obblighi di mantenimento" dev'essere quindi interpretato in modo restrittivo (DTF 115 la 193 consid. 3a). Per ammettere il bisogno ai fini processuali è sufficiente che la parte non disponga di mezzi superiori a quelli necessari per far fronte al sostentamento normale della famiglia. Nell'ambito di questo esame, va considerata la situazione finanziaria e patrimoniale globale (sentenze del TF 9C_673/2009 del 14 aprile 2010 consid. 7.2 e I 134/06 del 7 maggio 2007 consid. 5.3) al momento della presentazione dell'istanza (DTF 135 I 223 consid. 5.1). Il limite per ammettere lo stato di bisogno si

situa al di sopra di quello del minimo esistenziale agli effetti del diritto esecutivo. All'importo base LEF viene pertanto applicato un supplemento, variante tra il 15% e il 25% (sentenza del TF I 134/06 consid. 5.3 con rinvii).

Dalla persona che fa richiesta possono essere pretesi alcuni sacrifici. Tuttavia, essa non deve per questo ridursi a uno stato di indigenza né può essere tenuta a procurarsi i mezzi necessari per il processo a detrimento di altri obblighi urgenti (sentenza del TF I 134/06; sentenza del Tribunale delle assicurazioni U 356/02 del 7 luglio 2003). Va peraltro ricordato che prima di potere chiedere l'assistenza giudiziaria dallo Stato, la persona interessata, nel limite dell'esigibile (la giurisprudenza federale garantendo una riserva di soccorso ["Notgroschen"]), deve di principio attingere alla propria sostanza (DTF 119 la 11 consid. 5 [v. pure DTF 119 la 11 sull'esigibilità, per il richiedente, di gravare un immobile e di assumersi un {ulteriore} debito ipotecario]). Lo Stato tuttavia non può esigere dal ricorrente che utilizzi le sue economie se queste costituiscono la sua "riserva di soccorso", la quale si apprezza in funzione dei suoi bisogni futuri nelle circostanze concrete, quali lo stato di salute e l'età, e il cui ammontare si situa, per una persona sola, tra i CHF 20'000.- e i CHF 40'000.- (cfr. sentenze del TF 9C_147/2011 del 20 giugno 2011; 1P. 450/2004 del 28 settembre 2004 consid. 2.2; 4P. 158/2002 del 16 agosto 2002 consid. 2.2; cfr. in generale sul tema MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, op. cit., pagg. 278-281).

Il richiedente deve indicare in modo completo e, nella misura del possibile, giustificare i propri redditi e la propria situazione patrimoniale (DTF 120 la 182 consid. 3a). Se l'istante rifiuta di trasmettere i dati o i documenti necessari a sostanziare la sua situazione attuale, il Tribunale può misconoscere lo stato di bisogno senza incorrere in una violazione del diritto di essere sentito (DTF 120 la 182 consid. 3a, si confrontino anche DTF 125 IV 161 consid. 4; 124 I 1 consid. 2a; sentenze del TF 8C_58/2014 del 24 settembre 2014 consid. 7.3; 9C_606/2013 del 7 marzo 2014 consid. 2.1.3; 9C_767/2010 del 3 febbraio 2011 consid. 2.1.3; 8C_920/2010 del 25 gennaio 2011 consid. 3.2).

14.2 In concreto dalle carte processuali emerge che la ricorrente, nata nel..., divorziata e madre di due figlie maggiorenni, senza attività lucrativa dal 18 giugno 2013 (doc. A 89-1), percepiva, al momento della presentazione dell'istanza di assistenza giudiziaria, unicamente una mezza rendita d'invalidità svizzera pari a fr. 783.- mensili (doc. A 105-1 a 105-7). L'insorgente ha inoltre indicato di vivere presso la figlia (senza pagare alcun affitto), la quale si assume altresì tutte le spese a cui essa non riesce a far fronte (cfr. formulario "domanda di gratuito patrocinio" doc. TAF 13, pag. 4).

Alle entrate bisogna contrapporre il minimo esistenziale dell'assicurata, che corrisponde ad un forfait di spese di sostentamento, abbigliamento e biancheria, igiene e salute, manutenzione delle apparecchiature e dell'arredamento domestico, assicurazioni private, cultura, così come le spese di elettricità e/o gas per la luce e la cucina, ecc. Per una persona sola residente in Svizzera il minimo esistenziale ammonta a fr. 1'200.-, conformemente alla " Tabella per il calcolo del minimo di esistenza agli effetti del diritto esecutivo (art. 93 LEF) ", disponibile sul sito internet: <http://www4.ti.ch/poteri/giudiziario/giustizia-civile/tabella-dei-minimi-desistenza/> consultato il 26 settembre 2016). Detto importo deve essere adattato al Paese d'origine della ricorrente, in questo caso l'Italia, secondo l'indice per la cooperazione e lo sviluppo economico (OECD, dati ricavati dal sito internet: http://www.oecd-ilibrary.org/economics/data/prices/comparative-price-levels_data-00536-en [consultato il 26 settembre 2016]) e da ultimo deve essere maggiorato del 20%.

Il minimo esistenziale è pertanto pari in concreto a fr. 907,20 (1'200 x 63% x 120%). A tale importo va aggiunto il canone di locazione, assicurazioni, eventuali costi per il conseguimento del reddito e imposte arretrate, nel caso in cui vengano effettivamente pagate (MOSER/BEUSCH/KNEUBÜHLER, op. cit., pagg. 278-279).

Essendo sussidiaria rispetto all'obbligo dello Stato di garantire l'assistenza giudiziaria con gratuito patrocinio, l'assistenza fornita dalla figlia maggiorenne alla madre, consistente nell'assunzione del canone di locazione ed altre spese correnti e straordinarie, non può essere considerata (cf. consid. 14.1).

Alla luce di tutto quanto precede, le entrate dell'insorgente ammontano a fr. 783.-, mentre le spese totalizzano fr. 907.20.-. Ne consegue che A._____ non dispone senz'altro di entrate sufficienti per far fronte alle spese processuali della presente causa e che la sua situazione di indigenza deve essere ammessa. Il ricorso non sembrava inoltre di primo acchito privo di probabilità di esito favorevole. Di conseguenza, la domanda d'assistenza giudiziaria può essere accolta.

14.3 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).

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è respinto.

2.

L'incarto è trasmesso all'UAIE per competenza ai sensi del consid. 12.3.

3.

La domanda d'assistenza giudiziaria è accolta. La ricorrente è dispensata dal pagamento delle spese processuali.

4.

Non si attribuiscono spese ripetibili.

5.

Comunicazione a:

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

La presidente del collegio: Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Graziano Mordasini

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 LTF). 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: