



Corte III
C-5962/2016

Sentenza del 31 ottobre 2018

Composizione

Giudici Michela Bürki Moreni (presidente del collegio),
Daniel Stufetti, Caroline Bissegger,
cancelliere Oliver Engel.

Parti

A. _____, (Italia),
patrocinata dall'avv. Nora Jardini Croci Torti,
ricorrente,

contro

**Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità per gli
assicurati residenti all'estero UAIE,**
autorità inferiore.

Oggetto

Assicurazione per l'invalidità, diritto alla rendita e a provvedimenti professionali (decisione del 22 agosto 2016).

Fatti:**A.**

A._____, cittadina italiana, coniugata, nata il (...) 1981, ha lavorato in Svizzera come frontiera dal 1999 al 2013 solvendo regolari contributi all'assicurazione svizzera per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità (cfr. ad esempio doc. TAF 1); dal 19 luglio 2010 è stata impiegata presso la B._____ SA in qualità di cassiera/commissa con orario variabile. In seguito a lunga malattia, il datore di lavoro ha disdetto il contratto di lavoro con effetto al 30 novembre 2013 (doc. 22 dell'incarto dell'Ufficio dell'assicurazione per l'invalidità del Cantone C._____, in seguito UAI-C._____).

B.

B.a Il 30 agosto 2012, l'assicurata è rimasta vittima di un incidente della circolazione in Italia, per cui si è reso necessario il trasporto al pronto soccorso (doc. 9 UAI-C._____). Il caso è stato preso a carico dall'assicuratore infortuni D._____ (in seguito D._____, doc. 9 UAI-C._____ pag. 64).

B.b Con rapporto dettagliato del 19 ottobre 2012, il dr. E._____, specializzato in medicina interna, ha evidenziato all'attenzione di D._____, un trauma distorsivo del rachide e un trauma contusivo al piede sinistro con contusione ossea al calcagno e tendinite post-traumatica al flessore lungo dell'alluce e peronieri, prevedendo un'incapacità lavorativa totale fino al 4 novembre 2012 e poi una ripresa lavorativa nella misura del 50% per due settimane e completa in seguito (doc. 9 UAI-C._____ pag.70 e doc. 6 dell'incarto D._____).

B.c Nel rapporto relativo alla visita di controllo del 21 dicembre 2012, il dr. E._____, ha confermato la diagnosi posta, indicando nondimeno un netto miglioramento rispetto al precedente esame, ragion per cui ha considerato che l'evoluzione era da ritenersi abbastanza favorevole e che la paziente avrebbe potuto riprendere "il lavoro normalmente (al 100%) a partire dal 7 gennaio 2013" (doc. 9 pag. 62 UAI-C._____).

B.d Con referto del 1° marzo 2013, il dr. F._____, specialista in medicina interna generale e reumatologia, pure interpellato nell'ambito della procedura pendente presso D._____, ha diagnosticato dolori cronici caricodipendenti alla cavaglia sinistra, con deficit funzionale dovuto agli esiti dell'incidente del 30 agosto 2012, probabile tenovaginite dei flessori del piede sinistro ed edema della spongiosa del calcagno in corrispondenza del seno

del tarso, prospettando una riabilitazione, preferibilmente in ambito stazionario (doc. 9 UAI-C. _____ pag. 57-60).

B.e Nel rapporto di consultazione all'attenzione di D. _____ dell'11 aprile 2013, il dr. G. _____, specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia, ha segnalato che la sintomatologia dolorosa avvertita dalla paziente, riapparsa dopo una ripresa lavorativa più intensa, non era ascrivibile ad un elemento strutturale chiaro. Egli ha quindi proposto una visita specialistica universitaria, mantenendo una capacità lavorativa al 100%, ma non escludendo la possibilità di doverla ridurre almeno al 50% (doc. 9 pag. 51 UAI-C. _____).

B.f Con referto del 13 maggio 2013, il dr. H. _____, neurologo, interpellato dal dottor I. _____, sempre nell'ambito della procedura pendente presso D. _____, ha indicato di non aver accertato, da un punto di vista clinico, dei "deficit neurologici sospetti per una lesione di strutture nervose" e che il moderato deficit della conduzione motoria distale del nervo peroneo sinistro non spiegava la sintomatologia principale, costituita da dolori anche alla regione del tallone e verso il polpaccio, ritenuta di origine principalmente periarticolare (doc. 9 UAI-C. _____ pag. 44 e pag.50).

B.g Nel rapporto d'uscita della Clinica J. _____ di (...) del 26 agosto 2013, redatto all'attenzione del dottor I. _____ e trasmesso in copia ad D. _____, i dr.i K. _____, L. _____ e M. _____, specialisti in medicina fisica e riabilitazione, hanno attestato la necessità di rieducare il rachide cervicale e la caviglia sinistra in esiti di politraumatismo della strada (doc. 9 UAI-C. _____ pag. 40).

B.h Sempre su incarico di D. _____, i dr.i N. _____ e O. _____ della Clinica P. _____ di (...), specialisti in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparato locomotore, con rapporto del 5 settembre 2013, hanno diagnosticato una sospetta neuropatia, indicando di ritenere adeguata una valutazione, con conseguente terapia presso la Q. _____ di (...) (in seguito Q. _____; doc. 9 UAI-C. _____ pag. 30).

B.i Dall'esame elettroencefalografico dell'8 ottobre 2013, eseguito dal dr. H. _____, è emersa, ad eccezione di un moderato deficit della conduzione motoria distale del nervo peroneo sinistro, una funzione normale del nervo surale sul territorio nel quale l'assicurata avvertiva dolore. Lo specialista ha pertanto concluso di poter ragionevolmente confermare la sua precedente valutazione (doc. 16 D. _____).

B.j

B.j.a Con rapporto datato 9 ottobre 2013, il dr. R. _____ della Q. _____, specialista in medicina del dolore, ha attestato di aver eseguito un blocco diagnostico del simpaticus all'altezza L3 a sinistra, il quale ha avuto esito negativo (doc. 1 dell'incarto Cassa malati, in seguito Cassa malati e doc. 9 UAI-C. _____).

B.j.b Con referto del 25 ottobre 2013, il dr. R. _____ ha certificato che in data 23 ottobre 2013 era stato eseguito anche un blocco selettivo diagnostico della radice L4, L5 ed S1 a sinistra, con esito negativo, per chiarire e trattare una sindrome dolorosa del piede sinistro refrattaria alle cure, e sospetta "CRPS I" (sindrome dolorosa regionale complessa o complex regional pain syndrome; doc. 9 UAI-C. _____).

C.

C.a In data 21 novembre 2013 l'assicurata ha trasmesso all'UAI-C. _____ il formulario di richiesta di prestazioni dell'assicurazione invalidità (doc. 1 UAI-C. _____). Su richiesta dell'amministrazione, per il tramite del proprio patrocinatore, ha poi trasmesso gli atti medici assunti nell'ambito della procedura pendente presso D. _____ (consid. B), così come ulteriore documentazione (doc. 10 UAI-C), tra cui il referto del 26 novembre 2013 della dr.ssa S. _____, medico curante dell'assicurata, secondo cui la stessa era affetta da una sindrome depressiva in risposta alla sintomatologia dolorosa conseguente all'infortunio del 30 agosto 2012 (doc. 9 UAI-C. _____).

C.b Il 27 gennaio 2014, il dr. R. _____ ha segnalato all'UAI-C. _____ che l'assicurata soffriva di una CRPS I completamente bloccabile a livello spinale (doc. 8 Cassa malati). Il medesimo giorno il medico ha anche comunicato al dr. N. _____ i motivi per cui riteneva che la paziente soffrisse di una CRPS I (doc. 10 Cassa malati, in particolare al capitolo "Beurteilung"; anche doc. 12 UAI-C. _____) e attestato un'incapacità lavorativa da febbraio a dicembre 2014 (doc. 26, 29, 35, 83, 41, 42, 43 e 61 UAI-C. _____ e doc. 17 Cassa malati).

C.c In seguito, l'assicurata ha trasmesso all'UAI-C. _____ il certificato del 20 febbraio 2014 della dr.ssa T. _____, psichiatra presso l'Ambulatorio H.h _____ di (...), da cui emerge un disturbo dell'adattamento con umore depresso (F 43.20; doc. 31 UAI-C. _____) e la relazione medica

del 7 maggio 2014 del dr. U._____, specialista in psichiatria e psicoterapia, in cui veniva attestata una sindrome da disadattamento con reazione mista ansioso-depressiva di entità grave (ICD-10; F 43.22) ed una modificazione duratura della personalità in seguito al dolore di lunga durata (ICD-10; F 62.8) e che da un punto di vista psichiatrico era inabile al lavoro al 100% (doc. 34 UAI-C._____).

C.d In data 13 maggio 2014, presso la Q._____ di (...) l'assicurata si è sottoposta alla posa di un neurostimolatore epidurale al ganglio spinale L5 a sinistra (doc. 36 UAI-C._____ e doc. 22 Cassa malati), impiantato definitivamente in data 26 maggio 2014 (doc. 23 Cassa malati, anche doc. 83 pag. 318 UAI-C._____).

D.

Con verbale del 23 giugno 2014, l'amministrazione ha deciso di chiudere il mandato ed esaminare il diritto alla rendita, non intravedendo la possibilità di applicare misure d'intervento tempestivo o provvedimenti professionali (doc. 37 e 38 UAI-C._____).

E.

Alla luce dei rapporti medici trasmessi dal dottor U._____ (doc. 34 UAI-C._____; doc. 20 e 24 Cassa malati) D._____ ha commissionato una perizia al dr. V._____, specialista in psichiatria e psicoterapia (doc. 25 Cassa Malati), il quale nel referto del 24 luglio 2014 ha ritenuto che, dal punto di vista psichiatrico, la capacità lavorativa non fosse limitata (doc. 25 Cassa malati). In data 12 novembre 2014, il dr. U._____ ne ha contestato le conclusioni (doc. 45 UAI-C._____).

F.

Il 26 novembre 2014 il dr. W._____, medico SMR, ha proposto di completare l'istruttoria con una perizia pluridisciplinare psichiatrica, neurologica e reumatologica (doc. 47 UAI-C._____), che è stata allestita il 4 febbraio 2016, dai dr.i X._____ e Y._____, specialisti in medicina interna del l.i._____ dell'Z._____, con il coinvolgimento dei dr.i Aa._____ (neurologo), Bb._____ (reumatologo) e Cc._____ (specialista in psichiatria e psicoterapia) (doc. 65 UAI-C._____). Del contenuto si dirà, se necessario, nei considerandi di diritto.

G.

G.a Nel rapporto d'intervento del 31 ottobre 2014, il dr. R._____ ha posto la diagnosi di CRPS I al piede sinistro e specificato di ritenere appropriata

la posa di un neurostimolatore supplementare al ganglio spinale L4 (doc. 83 pag. 317/318 UAI-C._____). In data 10 novembre 2014, il medico ha inoltre attestato che la paziente si era sottoposta ad un'anestesia spinale diagnostica, dalla quale era risultato che la sintomatologia poteva essere totalmente bloccata, ragione per cui era da escludersi una sindrome da dolore somatoforme/psicosomatica (doc. 26 Cassa malati, anche doc. 83 pag. 316 UAI-C._____).

G.b Con decisione del 12 maggio 2015, a cui l'interessata ha fatto opposizione, D._____ ha chiuso il caso con effetto dal 1° novembre 2014, ritenuto che non vi era più causalità adeguata tra i disturbi e l'evento infortunistico del 30 agosto 2012 (doc. A 92, incarto D._____, atti amministrativi).

G.c Nella valutazione dettagliata del 28 maggio 2015, il dr. Dd._____ specializzato in chirurgia ortopedica e traumatologia, su mandato di D._____, ha preso posizione sugli accertamenti medici eseguiti, attestando che il sospetto di CRPS I non era "gesichert" (doc. 65 UAI-C._____).

G.d In data 19 settembre 2015 e 13 novembre 2015 l'interessata è stata visitata anche dal dr. Ee._____, specialista in anesthesiologia per il Z._____ (doc. M 65, incarto D._____, atti medici).

G.e La procedura d'opposizione è stata sospesa in attesa dell'esito della perizia pluridisciplinare del I.i._____ (doc. A 92, incarto D._____, atti amministrativi).

H.

H.a Con rapporti finali SMR del 8 febbraio 2016 (doc. 67 UAI-C._____) e del 15 febbraio 2016 (doc. 70 UAI-C._____), il dr. W._____, ha sostanzialmente confermato diagnosi e le conclusioni della perizia del I.i._____, secondo cui vi era una capacità lavorativa del 50% in attività adeguate e del 40% nella precedente attività, segnalando altresì un'incapacità lavorativa nelle mansioni consuete del 20% a partire dal 16 agosto 2013.

H.b L'UAI-C._____ ha quindi emesso il progetto di decisione del 21 marzo 2016, con cui ha prospettato di respingere la domanda di prestazioni in ragione di un grado di invalidità del 21% (doc. 76 UAI-C._____).

H.c Al progetto di decisione del 21 marzo 2016, l'assicurata si è opposta con scritto dell'avv. Nora Jardini Croci Torti del 3 maggio 2016, contestando

gli esiti della perizia medica, in contrasto con gli ulteriori referti agli atti. L'avvocata ha pure censurato il raffronto dei redditi, in particolare il reddito da valida (doc. 79 e 83 UAI-C. _____).

H.d I rapporti ulteriormente trasmessi dall'assicurata sono stati sottoposti al SMR (doc. 84 e segg. UAI-C. _____), rispettivamente agli specialisti che hanno allestito la perizia, i quali, con osservazioni del 20 e 21 luglio 2016, hanno indicato che la documentazione prodotta non apportava elementi tali da modificare le loro precedenti valutazioni (doc. 86 e 87 UAI-C. _____).

H.e Con decisione del 22 agosto 2016 l'UAIE ha dunque respinto la domanda di prestazioni (doc. 90 UAI-C. _____).

I.

Con gravame del 27 settembre 2016, la ricorrente, per il tramite della propria patrocinatrice, ha chiesto a questo Tribunale di annullare la decisione dell'UAIE del 22 agosto 2016 e di riconoscerle almeno una mezza rendita d'invalidità, così come l'assistenza giudiziaria ed il gratuito patrocinio (doc. TAF 1). Dei motivi si dirà, se necessario, nei considerandi di diritto.

J.

Con risposta di causa del 12 dicembre 2016, l'UAIE ha proposto la reiezione del gravame e la conferma del provvedimento impugnato, rinviando al preavviso dell'UAI-C. _____ del 7 dicembre 2016 (doc. TAF 5).

K.

Con replica del 6 febbraio 2017 l'assicurata ha ribadito le proprie tesi e conclusioni (doc. TAF 9).

L.

Con decisione incidentale del 17 febbraio 2017 la domanda di assistenza giudiziaria e gratuito patrocinio è stata respinta (doc. TAF 11). L'anticipo spese di CHF 800.- è stato versato in data 16 marzo 2017 (doc. TAF 14 e 15).

M.

Con duplica del 20 febbraio 2017, l'UAIE ha ribadito le proprie posizioni, postulando la reiezione del ricorso e la conferma della decisione impugnata (doc. 13 TAF).

N.

N.a Su invito di questo Tribunale a prendere posizione in merito al rifiuto, non motivato, di assegnare provvedimenti professionali (doc. TAF 17), l'autorità inferiore si espressa in data 2 febbraio 2018 (doc. TAF 18).

N.b Con scritto del 20 febbraio 2018, trasmesso direttamente a questo Tribunale, la ricorrente ha indicato di essere disposta a seguire una riquilifica professionale o una formazione ad hoc compatibile con il suo stato di salute (doc. TAF 20).

O.

Il Tribunale adito ha assunto agli atti l'incarto D._____ (incarto D._____ atti medici e atti amministrativi), che non era completo e informato le parti che potevano visionarlo presso la sede del Tribunale (doc. TAF 26).

P.

Con scritto del 9 settembre 2018, la ricorrente ha trasmesso le proprie osservazioni in merito al rapporto del dr. Ee._____ del 26 novembre 2015 (doc. TAF 27).

Diritto:

1.

1.1 In virtù dell'art. 31 LTAF (RS 173.32), questo Tribunale giudica i ricorsi contro le decisioni ai sensi dell'art. 5 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 impugnate davanti al Tribunale amministrativo federale (TAF) conformemente all'art. 69 cpv. 1 lett. b LAI (RS 831.20). Di conseguenza questo Tribunale è competente a giudicare il presente ricorso.

1.2 Secondo l'art. 3 lett. d^{bis} PA, a cui rinvia l'art. 37 LTAF, la procedura in materia di assicurazioni sociali non è disciplinata dalla PA, nella misura in cui è applicabile la LPGA (RS 830.1). In conformità con l'art. 2 LPGA, le disposizioni di tale legge sono applicabili alle assicurazioni sociali disciplinate dalla legislazione federale, se e per quanto le singole leggi sulle assicurazioni sociali lo prevedano. 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), sempreché la LAI non deroghi alla LPGA.

1.3 In concreto, il ricorso è ammissibile nella misura in cui è stato presentato tempestivamente e nel rispetto dei requisiti previsti dalla legge (art. 59 e 60 LPGA, nonché l'art. 52 cpv. 1 PA). L'anticipo delle spese processuali è stato inoltre tempestivamente saldato (doc. TAF 14 e 15).

2.

2.1 Dal profilo temporale si applicano 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 con rinvii, nonché 129 V 1 consid. 1.2). Se le disposizioni legali si sono modificate nel corso del periodo sottoposto ad esame giudiziario, il diritto alle prestazioni si determina secondo le vecchie disposizioni per il periodo anteriore e secondo le nuove a partire della loro entrata in vigore (applicazione pro rata temporis; DTF 130 V 445).

2.2 La ricorrente è cittadina di uno Stato membro della Comunità europea, per cui è applicabile, di principio, l'ALC (RS 0.142.112.681), entrato in vigore il 1° giugno 2002.

2.3 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).

2.4 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.

2.5 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).

2.6 Il regolamento (CE) n. 883/2004 è stato inoltre ulteriormente modificato dal regolamento (CE) n. 465/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 maggio 2012, ripreso dalla Svizzera a decorrere dal 1° gennaio 2015 (cfr. sentenza del TF 8C_580/2015 del 26 aprile 2016 consid. 4.2 con rinvii).

2.7 Nell'evenienza concreta, la decisione impugnata, con cui è stata respinta la richiesta di prestazioni AI del 21 novembre 2013 (doc. 1 UAI-C. _____), è stata emessa in data 22 agosto 2016 (doc. 90). Ne consegue che sono applicabili le modifiche legislative di cui alla 6a revisione in vigore dal 1° gennaio 2012 (RU 2011 5659; FF 2010 1603), pur non comportanti cambiamenti rispetto al diritto precedente in merito alla valutazione dell'invalidità, così come eventuali modifiche entrate in vigore successivamente, ritenuto che il diritto alle prestazioni di invalidità sarebbe sorto al più presto il 1° maggio 2014 (art. 29 cpv. 1 LAI).

3.

Il potere cognitivo di questo Tribunale è delimitato dalla data della decisione impugnata, in quanto il giudice delle assicurazioni sociali esamina il provvedimento sulla base della situazione di fatto esistente al momento in cui essa è stata resa (DTF 136 V 24 consid. 4.3). 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.

4.1 Oggetto del contendere, nel caso concreto, è la mancata assegnazione di almeno mezza rendita di invalidità a A. _____ con effetto al più presto dal 1° maggio 2014. Inoltre, è litigioso il rifiuto di accordare provvedimenti professionali (cfr. in particolare doc. 90 UAI-C. _____).

4.2 La ricorrente contesta la diagnosi medica e l'accertamento del grado di incapacità lavorativa da aprile 2013 e censura altresì l'applicazione del metodo ordinario, invece del metodo misto. Chiede infine una maggiore riduzione del reddito da invalida (doc. TAF 1 e 9).

4.3 D'altro canto, l'amministrazione, sulla scorta della perizia pluridisciplinare del 4 febbraio 2016 (doc. 65 UAI-C. _____) non considera siano dati i presupposti per modificare la propria decisione, neppure da un punto di vista economico (doc. TAF 5 e 13).

5.

Il TAF applica il diritto d'ufficio, senza essere vincolato in nessun caso dai motivi del ricorso (art. 62 cpv. 4 PA). In virtù dell'art. 12 PA e dell'art. 19 PA in relazione con l'art. 40 della legge federale di procedura civile del 4 dicembre 1947 (PCF, RS 273), il Tribunale accerta i fatti determinanti per la soluzione della controversia, assume le prove necessarie e le valuta liberamente. Le parti sono tenute a cooperare all'accertamento dei fatti (art. 43 LPGa ed anche art. 13 PA) ed a motivare il proprio ricorso (art. 52 PA). Ne consegue che l'autorità di ricorso adita si limita di principio ad esaminare le censure sollevate, mentre le questioni di diritto non invocate dalle parti solo nella misura in cui queste emergono dagli argomenti delle parti o dall'incarto (DTF 122 V 157 consid. 1a; 121 V 204 consid. 6c e sentenza del TAF C-6034/2009 del 20 gennaio 2010 consid. 2).

6.

6.1 In base all'art. 8 cpv. 1 LPGa è considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata. L'art. 4 cpv. 1 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.

6.2 L'art. 28 cpv. 1 LAI stabilisce che l'assicurato ha diritto ad una rendita alle seguenti condizioni cumulative:

- a. la sua capacità di guadagno o la sua capacità di svolgere le mansioni consuete non può essere ristabilita, mantenuta o migliorata mediante provvedimenti d'integrazione ragionevolmente esigibili;
- b. ha avuto un'incapacità di lavoro (art. 6 LPGGA) almeno del 40% in media durante un anno senza notevole interruzione; e
- c. al termine di questo anno è invalido almeno al 40%.

6.3 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 dell'UE (DTF 130 V 253 consid. 2.3). 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 ad 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).

6.4 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 LPGGA). L'incapacità al guadagno è definita all'art. 7 cpv. 1 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 obiettivamente superabile (art. 7 cpv. 2 LPGGA).

6.5 La nozione d'invalidità di cui all'art. 4 LAI e 8 LPGA è un concetto di carattere economico-giuridico e non medico (DTF 116 V 246 consid. 1b e 110 V 273; v. pure sentenze del TF 8C_636/2010 del 17 gennaio 2011 consid. 3 e 9C_529/2008 del 18 maggio 2009). 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; metodo generale del raffronto dei redditi). 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.

6.6 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. 28a cpv. 2 LAI). Se l'assicurato esercita un'attività lucrativa a tempo parziale, l'invalidità per questa attività è valutata secondo l'articolo 16 LPGA. Se svolge anche le mansioni consuete, l'invalidità per questa attività è determinata secondo il capoverso 2 dell'art. 28a LAI. In tal caso, occorre determinare la parte dell'attività lucrativa e la parte dello svolgimento delle mansioni consuete e valutare il grado d'invalidità nei due ambiti (art. 28a cpv. 3 LAI; metodo misto, cfr. DTF 137 V 334 consid. 5 e 130 V 393 consid. 3.3 nonché relativi riferimenti; v. pure sentenze del TF 9C_963/2013 del 24 ottobre 2014 consid. 4 e 9C_52/2013 del 12 aprile 2013 consid. 2.1 e riferimenti). Nell'ambito delle attività domestiche, l'invalidità deve essere valutata sulla base di un confronto delle attività da attuare mediante un'inchiesta domiciliare (DTF 130 V 97 consid. 3.3.1). L'art. 27 dell'aOAI (in vigore dal 1° gennaio 2004 al 31 dicembre 2017, RS 831.201) precisava 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 (cfr. tuttavia il tenore del nuovo art. 27 OAI, in vigore dal 1° gennaio 2018).

7.

7.1 In via preliminare va rilevato che nella decisione impugnata, l'amministrazione ha precisato che "il consulente in integrazione professionale non ritiene possibile attuare provvedimenti atti ad incrementare ulteriormente la

capacità di guadagno residua” e che “(...) il nostro servizio d'integrazione professionale sta esaminando il diritto per l'ottenimento di un aiuto al collocamento”. Ne consegue che il rifiuto di assegnare provvedimenti professionali non è motivato.

7.2

7.2.1 Ai sensi dell'art. 29 cpv. 2 Cost. fed. le parti hanno diritto d'essere sentite. Per costante giurisprudenza, dal diritto di essere sentito deve in particolare essere dedotto il diritto per l'interessato di esprimersi prima della resa di una decisione sfavorevole nei suoi confronti, di fornire prove circa i fatti suscettibili di influire sul provvedimento, di prendere visione dell'incarto, di partecipare all'assunzione delle prove, di prenderne conoscenza e di determinarsi al riguardo (DTF 132 V 368 consid. 3.1 pag. 370 e sentenze ivi citate). Il diritto di essere sentito è una garanzia costituzionale formale, la cui violazione implica l'annullamento della decisione impugnata, a prescindere dalle possibilità di successo nel merito (DTF 132 V 387 consid. 5.1 pag. 390; 127 V 431 consid. 3d/aa pag. 437). Ai sensi della giurisprudenza, una violazione del diritto di essere sentito - nella misura in cui essa non sia grave - è da ritenersi sanata qualora l'interessato abbia la facoltà di esprimersi innanzi ad un'autorità di ricorso che gode di piena cognizione. La riparazione di un eventuale vizio deve comunque avvenire solo in via eccezionale (DTF 127 V 431 consid. 3d/aa pag. 437). Giova inoltre precisare che anche in caso di grave violazione del diritto di essere sentito è possibile prescindere da un rinvio della causa all'amministrazione, se una simile operazione si esaurirebbe in un vuoto esercizio formale e procrastinerebbe inutilmente il processo in contrasto con l'interesse - di pari rango del diritto di essere sentito - della parte ad essere giudicata celermente (DTF 132 V 387 consid. 5.1 pag. 390 con riferimenti).

7.2.2 L'art. 29 cpv. 2 Cost. fed. offre, a titolo sussidiario, una garanzia minima, mentre la portata di tale diritto è determinata in primo luogo dalle norme cantonali o federali di procedura (DTF 126 I 15 consid. 2a pag. 16; 125 I 257 consid. 3a pag. 259).

7.2.3 Giusta l'art. 49 cpv. 3 seconda frase LPGa, le decisioni devono essere motivate se non corrispondono interamente alle richieste delle parti. Il diritto di essere sentito comprende infatti l'obbligo per l'autorità di motivare le proprie decisioni. Esso ha lo scopo, da un lato, di porre la persona interessata nelle condizioni di afferrare le ragioni poste a fondamento della decisione, di rendersi conto della portata del provvedimento e di poterlo impugnare con cognizione di causa, e, dall'altro, di permettere all'autorità di

ricorso di esaminare la fondatezza della decisione medesima. Ciò non significa tuttavia che l'autorità sia tenuta a pronunciarsi in modo esplicito ed esaustivo su tutte le argomentazioni addotte; essa può occuparsi delle sole circostanze rilevanti per il giudizio, atte ad influire sulla decisione (DTF 129 I 232 consid. 3.2 pag. 236; 126 I 97 consid. 2b pag. 102; 125 II 369 consid. 2c pag. 372).

7.2.4 Invero l'autorità non è tenuta a compiere un'analisi approfondita di tutte le allegazioni di parte e esaminare dettagliatamente tutte le risultanze processuali, essendo sufficiente che, anche attraverso una valutazione globale di quelle deduzioni e risultanze, spieghi, in modo logico ed adeguato, le ragioni che hanno determinato il suo convincimento, dimostrando d'avere tenuto presente ogni fatto decisivo (DTF 129 I 232 consid. 3.2; sentenza del TAF C-2183/2013 del 28 gennaio 2015 consid. 9.2.3). Peraltro, l'esigenza della motivazione aumenta allorquando l'applicazione della legge implica l'esercizio del potere di apprezzamento o l'interpretazione di una norma giuridica indeterminata (DTF 134 I 83 consid. 4.1; 129 I 232 consid. 3.3 e relativi riferimenti nonché sentenza del TF 2C_105/2009 del 18 settembre 2009 consid. 5.1). Se questi precetti vengono disattesi, il vizio formale comporta di norma l'annullamento della decisione, senza che il ricorrente debba dimostrare un interesse, in altri termini indipendentemente dalle possibilità di successo nel merito (DTF 118 la 17 consid. 1; 117 la 7 consid. 1a e 115 la 10 consid. 2a).

7.3

7.3.1 Dagli atti emerge in particolare che con valutazione del 17 marzo 2016, il consulente IP ha ritenuto che “vista la formazione scolastica e l'iter professionale non si intravedono misure a carattere professionale sotto forma di riqualifica” ma che “si concede comunque un aiuto al collocamento oppure una formazione ad hoc al fine di facilitarne il rientro lavorativo” (doc. 73 UAI-C._____). Neppure da questo documento è possibile dedurre chiaramente i motivi del rifiuto di attribuire provvedimenti professionali.

7.3.2 Su esplicita richiesta della giudice dell'istruzione pendente causa di ricorso di esporre le ragioni del rifiuto (doc. TAF 17), l'autorità inferiore ha addotto di non aver ritenuto adempiuti i presupposti per poter accordare una riqualifica professionale, segnatamente in virtù della formazione e della ridotta capacità lavorativa residua dell'assicurata, precisando altresì di rimanere “a disposizione per una formazione ad hoc (a condizione che sia atta a diminuire o perlomeno mantenere il discapito economico) o per un aiuto al collocamento” (cfr. doc. TAF 18).

7.3.3 Dal canto suo l'interessata ha dichiarato che "sarebbe disponibile a seguire una riqualifica professionale o una formazione ad hoc, compatibilmente con il suo stato di salute. La ricorrente si era espressa in tal senso anche nei confronti del consulente in reintegrazione durante il colloquio avuto con quest'ultimo ed era ancora in attesa di una chiamata da parte sua" (doc. TAF 20).

7.4 Dalle formulazioni sovraesposte emerge che il rifiuto di assegnare provvedimenti integrativi professionali all'assicurata è stato motivato in modo del tutto vago. In simili condizioni l'interessata non è stata posta in grado di comprendere le ragioni. L'amministrazione ha pertanto violato il diritto di essere sentiti. Su questo tema l'incarto va pertanto rinviato all'amministrazione affinché si pronunci nuovamente sul diritto a provvedimenti professionali, adducendo motivazioni approfondite e comprensibili.

8.

8.1 Nel merito per quanto riguarda la diagnosi l'insorgente sostiene di soffrire al piede sinistro di una sindrome doloroso/refrattaria (CRPS I), detta anche sindrome complessa da dolore regionale o algodistrofia, la quale è stata correttamente diagnosticata dal dr. R. _____, mentre è stata misconosciuta dai periti del l.i. _____, motivo per cui si imporrebbe un'ulteriore perizia, che si esprima tra l'altro anche compiutamente sull'inabilità in attività domestiche (doc. TAF 1). In ambito psichiatrico indica che le è stato diagnosticato un disturbo somatoforme da dolore persistente (F 45.4), affezione che limiterebbe in maniera importante la sua capacità lavorativa (doc. TAF 1). Pure la valutazione dell'incapacità lavorativa residua, stimata, segnatamente a partire dal 16 agosto 2013, nel 60% nell'ultima attività di cassiera/commissa e del 50% in attività adeguate, risulterebbe scorretta (cfr. doc. 65 e 70 UAI-C. _____).

8.2

8.2.1 Giusta il principio inquisitorio, che regge la procedura in materia di assicurazioni sociali (art. 43 cpv. 1 LPGGA), l'amministrazione deve intraprendere d'ufficio gli accertamenti necessari e raccogliere le informazioni di cui ha bisogno. In particolare, deve ordinare una perizia allorquando è necessario per la valutazione medica del caso (DTF 117 V 282 consid. 4a).

8.2.2 Al fine di poter graduare l'invalidità, l'amministrazione (o il giudice in caso di ricorso) deve disporre di documenti rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre

un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quale sforzo si può ancora esigere da un assicurato, tenuto conto della sua situazione personale (DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 404 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158).

8.2.3 In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le proprie conoscenze specifiche e di valutare, da un punto di vista medico, una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre il giudice a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie nella perizia stessa oppure l'esistenza di altri rapporti in grado di inficiarne la concludenza. In tale evenienza, la Corte giudicante può disporre una superperizia oppure scostarsi, senza necessità di ulteriori complementi, dalle conclusioni del referto peritale giudiziario (DTF 125 V 351 consid. 3b/aa pag. 353 con rinvii).

8.2.4 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 (DTF 134 V 231 consid. 5.1 pag. 232; 125 V 351 consid. 3a pag. 352; 122 V 157 consid. 1c pag. 160; HANS-JAKOB MOSMANN, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in: Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, 2001, pag. 266). Nella sentenza pubblicata in VSI 2001 pag. 106 segg. questa 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 OG) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie.

8.2.5 Giova altresì rilevare che il parere dei medici curanti va considerato con prudenza, in quanto essi possono tendere a pronunciarsi in favore del proprio paziente a dipendenza del particolare legame istauratosi (DTF 125 V 351 consid. 3b e relativi riferimenti).

8.2.6 Non va infine dimenticato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (sentenza del Tribunale federale delle assicurazioni I 673/00 dell'8 ottobre 2002). Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (sentenza del Tribunale federale I 166/03 del 30 giugno 2004 consid. 3.3).

9.

9.1 Nel caso in esame i numerosi specialisti che hanno visitato l'assicurata hanno attestato di non poter ascrivere i dolori che avverte ad un elemento clinico preciso. Il dr. G. _____, ad esempio, nel rapporto di consultazione dell'11 aprile 2013, ha attestato che la paziente "presenta una sintomatologia dolorosa difficilmente correlabile con un elemento strutturale chiaro, riapparsa dopo la ripresa lavorativa più intensa, in una paziente che ha presentato un edema osseo post-contusivo" e che "soggettivamente si notano degli elementi dolorosi diffusi senza chiare alterazioni strutturali di mobilità e stabilità. Ritroviamo degli elementi piuttosto coordinativi propriocettivi insufficienti in una paziente particolarmente colpita dal punto di vista morale". Il traumatologo ha concluso che "in questa situazione complessa (...) dal punto di vista ortopedico non ho proposte supplementari, in ogni modo non vedo un'indicazione chirurgica assoluta" (doc. 9 UAI-C. _____). A conclusioni simili sono giunti anche il dottor F. _____, con referto medico del 1° marzo 2013 e il dottor H. _____, con valutazioni del 13 maggio e 8 ottobre 2013 (cfr. consid. B e segg.)

9.2 Nondimeno, con rapporto medico del 6 dicembre 2013, il dr. R. _____ ha attestato che in data 2 dicembre 2013 la paziente si è sottoposta alla posa di un catetere spinale intratecale per un'anestesia spinale diagnostica e, sulla base di tale esame, gli specialisti della Q. _____ hanno ritenuto che "Das Schmerzsyndrom ist spinal komplett blockierbar. Hiermit erscheint eine somatoforme Schmerzstörung ausgeschlossen. Die klinische Verdachtsdiagnose eines CRPS ist erhärtet" („convalidata, rafforzata“, doc. 12 UAI-C. _____, cfr. anche doc. 10 Cassa malati).

9.3 La diagnosi di CRPS I è stata inoltre confermata nei rapporti medici del 27 gennaio 2014 (doc. 8 e 10 Cassa malati, "es handelt sich meines Erachtens um ein CRPS I"), del 31 ottobre 2014 (doc. 83 UAI-C. _____) e

del 10 novembre 2014 (doc. 26 Cassa malati), in cui il dr. R._____ ha specificato di poter escludere la presenza di un disturbo doloroso psicosomatico o somatoforme (consid. C.b e G.a). Nel rapporto del 27 gennaio 2010 egli ha in particolare elencato in dettaglio i motivi per cui era data la citata diagnosi, indicando in particolare i criteri di Budapest, ha precisato che “die im Anschluss daran am 2.12.2013 durchgeführte kathetergesteuerte diagnostische Spinalanästhesie ergab jedoch schliesslich den Befund eines spinal komplett blokierbaren Schmerzsyndrom” (doc. 10 pag. 2 Cassa malati).

9.4 Dal canto suo, il dr. Dd._____, nella valutazione del 28 maggio 2015 (consid. G.c), ha diagnosticato una sindrome dolorosa cronica resistente alla terapia alla caviglia ed al retro piede sinistro di origine non chiara. Malgrado infatti egli abbia preliminarmente dichiarato che la diagnosi clinica di sospetta CRPS I “schien erhärtet” ha attestato in seguito che non era “gesichert” (“sicura” secondo il dizionario “PONS”), perché non erano mai stati riscontrati elementi clinici in tal senso. I disturbi erano pertanto non oggettivabili e non chiari. Lo specialista ha inoltre rilevato che i dolori percepiti al piede sinistro non trovavano un riscontro oggettivo a livello clinico o strutturale-anatomico, che le affermazioni della paziente in merito ai dolori in seguito alle terapie non erano costanti, rispettivamente parzialmente contraddittorie. Il perito si è in particolare espresso come segue “Die Verdachtsdiagnose eines CRPS I wurde aufgrund der kompletten Blockierbarkeit der Schmerzsymptomatik mittels diagnostischer Spinalanästhesie gestellt, wobei die Aussagen der Patientin bezüglich der Schmerzreduktion nach Infiltrationen nicht immer konstant und zum Teil widersprüchlich sind. Da zu Beginn aufgrund der fehlenden Klink nicht von einer Sudeck-Problematik ausgegangen wurde, wurden auch nicht alle diagnostischen Schritte gemäss den Richtlinien durchgeführt“ (doc. 65 UAI-C._____).

9.5 Infine il dottor Ee._____ dal canto suo ha rilevato che: “La zona dolente (piede e caviglia) sembra ben coperta dalla neurostimolazione, tuttavia la pz riferisce che il dolore è ancora presente in maniera consistente ed invalidante. Ho spiegato alla pz che purtroppo la componente meccanica del dolore non è influenzabile dal neurostimolatore, anche nel caso di modifica dei parametri di stimolazione. Trattandosi di una pz sovrappeso, purtroppo l'aspetto legato alla componente meccanica non è facilmente migliorabile se non con una drastica riduzione del peso. Purtroppo ci troviamo di fronte ad un caso di dolore misto neuropatico/nocicettivo dove la componente neuropatica è coperta dalla neurostimolazione ma la componente nocicettiva residua è refrattaria alla neuromodulazione ed ai diversi approcci terapeutici finora tentati”.

9.6 Alla luce di quanto esposto, risulta che tra gli specialisti non vi è unanimità in merito alla diagnosi medica a cui sarebbero riconducibili i dolori alla caviglia sinistra. La diagnosi di CRPS I viene infatti attestata dal dottor R._____ e in parte confermata dal dottor Ee._____, mentre invece non viene considerata dal dottor Dd._____. Le contraddizioni riscontrate non sono purtroppo state risolte in modo convincente neppure dalla perizia specialistica esperita in data 4 febbraio 2016 dal I.i._____.

10.

10.1

10.1.1 Al riguardo va rilevato che i periti del I.i._____ hanno in particolare posto le seguenti diagnosi:

“5.1 Diagnosi con influenza sulla capacità lavorativa:

Sindrome da dolore cronico non specifica di natura somatoforme.

Sindrome dolorosa cronica alla caviglia sin. dopo contusione il 30.08.2012:

- esame clinico con ridotta mobilità per inversione/eversione;
- radiografie convenzionali normali;

Moderata neuropatia del nervo peroneo superficiale sensitivo sin.

Lieve neuropatia distale del nervo peroneo motorio profondo sin.

Sindrome cervicospondilogenica cronica:

- osteocondrosi C3 – C4

Sindrome lombospondilogenica cronica:

- incipienti alterazioni degenerative L3-L4 e L4-L5.

Sindrome da disadattamento con reazione mista ansiosodepressiva (ICD10-F43.22) evolutasi verso:

- sindrome depressiva ricorrente, episodio attuale di gravità media (ICD10-F33.1);

- sindrome somatoforme da dolore persistente (ICD10-F45.4).

5.2 Diagnosi senza influenza sulla capacità lavorativa:

Obesità con BMI 47 Kg/m².

Tabagismo cronico.”

10.1.2 I periti hanno poi concluso che l'assicurata era abile al lavoro nelle precedenti attività di cassiera/commessa nella misura del 40% (intesa come combinazione tra riduzione del tempo di presenza e riduzione del rendimento) a partire da aprile 2013. In attività adeguate l'interessata è stata considerata abile in ragione del 50% (combinazione tra riduzione tempo di lavoro e rendimento) a partire da aprile 2013. Inoltre, è stata ritenuta una totale inabilità al lavoro in qualsiasi attività nel periodo 30 agosto 2012 – 31 gennaio 2013 e durante il periodo di degenza presso la Clinica J._____ dal 16 luglio 2013 al 15 agosto 2013. Infine, gli esperti hanno concluso per una capacità lavorativa in ambito domestico dell'80% (doc. 65 UAI-C._____).

10.2

10.2.1 Per quanto riguarda l'aspetto reumatologico il dottor Bb._____ ha precisato, sia nella perizia pluridisciplinare del 4 febbraio 2016 (cfr. p. 22 della perizia e p. 4 e 5 dell'allegato consulto del 20 ottobre 2015 sub doc. 65 UAI-C._____), sia nel rapporto aggiuntivo del 4 luglio 2016 (doc. 86 UAI-C._____), che non erano dati i correlati oggettivi per ritenere una CRPS I. Al contrario, nella perizia, egli ha indicato che “si tratta molto probabilmente di una sindrome somatoforme nell'ambito di un disturbo istriornico della personalità come ipotizzato anche dal Dr. med. V._____ (...)”, che “è utile osservare come non vi sia alcuna evidenza che test infiltrativi realizzati da anestesisti in centri del dolore possano affermare o escludere la presenza di una problematica somatoforme” e che non vi è “alcuna evidenza agli atti che la paziente abbia mai sviluppato un'algodistrofia (CRPS tipo 1 o 2)”, concludendo che “non vi è alcuna spiegazione somatica per i dolori al piede sinistro (...)” (doc. 65 UAI-C._____).

Nella presa di posizione del 4 luglio 2016 (doc. 86 UAI-C._____), lo specialista ha ribadito di aver constatato “che non si tratta di una CRPS tipo I perché non vi è alcuna infiammazione e non è descritta alcuna infiammazione visibile in questo caso (rossore, calore, gonfiore)”. Egli ha pertanto concluso che “nella valutazione della capacità lavorativa si tiene comunque

conto delle ripercussioni sull'apparato locomotore in termini di decondizionamento, atrofia e perdita della mobilità per l'inversione/eversione della caviglia in presenza di una grottesca attitudine di risparmio. L'A. presenta poi una sindrome cervicospondilogenica e lombospondilogenica che vanno interpretate principalmente nell'ambito di una tendenza alla generalizzazione. L'esame clinico è perfettamente normale mentre le immagini mostrano modiche alterazioni degenerative aspecifiche. Sulla base di queste constatazioni il nostro consulente valuta l'attuale grado della capacità lavorativa, dal punto di vista reumatologico, nella misura del 70% nell'attività da ultimo esercitata, e nella misura del 100% in un'attività adatta allo stato di salute e come casalinga" (doc. 65, p. 22).

10.2.2 Il dottor R. _____ non è stato chiamato a prendere posizione su questi aspetti.

10.3 Per quanto riguarda la patologia neurologica il dr. Aa. _____ ha precisato che "complessivamente quindi l'esame ENG è compatibile con una lieve neuropatia distale del nervo peroneo motorio sin. e una moderata neuropatia del nervo peroneo superficiale sensitivo sin." e che "globalmente il nostro consulente pensa che una parte dei dolori possa effettivamente dipendere da queste neuropatie, quantificabile all'incirca ¼ dei dolori accusati dall'A., mentre per la restante sintomatologia algica non trova una spiegazione neurologica. Ricorda che non vi sono dei segni clinici compatibili con una radicolopatia lombare, assenti anche segni di radicolopatie cervicali. Sulla base di queste constatazioni il nostro consulente valuta una riduzione della capacità lavorativa nella misura del 30% in attività professionali effettuate esclusivamente in piedi, mentre non vi è nessuna compromissione della capacità lavorativa per attività effettuate in posizione seduta. Come casalinga vi è una capacità lavorativa dell'80%" (doc. 65, p. 23).

Il perito non si è espresso sulla diagnosi di CPRS I.

10.4 In ordine all'aspetto psichiatrico, il dr. Cc. _____ ha rilevato che "si conferma quindi in parte l'impressione già rilevata di un pensiero principalmente focalizzato sulla sintomatologia dolorosa e di una tendenza marcata e perseverante alla estensione e all'aggravamento dei propri disturbi. Siamo quindi posti di fronte ad un decorso cronico di un disturbo in cui predominante è la manifestazione di un dolore non del tutto spiegabile da un punto di vista del danno organico oggettivo messo in evidenza e descritto dall'A. come persistente, intenso, penoso, snervante e invalidante che è divenuto nel tempo come l'oggetto principale della sua attenzione e in modo particolare delle sue lamentele soggettive come d'altronde accade

nei casi di disturbi somatoformi e cioè legati all'elaborazione disfunzionale del dolore in cui s'incontra una richiesta inconscia di attenzione". Pertanto, lo specialista ha ritenuto, che dal punto di vista psichiatrico, l'assicurata era abile al lavoro nella misura del 50% in qualunque attività lucrativa e nella misura dell'80% come casalinga (doc. 65, p. 24).

11.

11.1 Alla luce di quanto sopra esposto emerge che il dottor Bb. _____ non ha ammesso, contrariamente al dottor R. _____ e al dottor Ee. _____, l'esistenza della diagnosi di CRPS I, mentre il dottor Aa. _____ non si è chinato sul tema.

Al riguardo va rilevato che, qualora giungano a conclusioni divergenti circa l'origine dell'affezione esaminata, segnatamente nel caso concreto per quanto riguarda la diagnosi posta, compito dei periti è quello di motivare compiutamente le proprie conclusioni. Si tratta peraltro di un punto previsto anche nella lista di domande che l'UAI-C. _____ ha in concreto sottoposto al centro peritale (cfr. doc. 48 UAI-C. _____, Questionario medico assicurativo, in particolare punto 8.1 a 8.3, 8.5 e 8.8).

Nella fattispecie risulta tuttavia evidente che i periti I.i. _____ non si sono chinati a sufficienza su tale aspetto. Il dr. Bb. _____, nella perizia pluridisciplinare del 4 febbraio 2016, dopo aver preso atto che la paziente era stata trasferita presso la Q. _____ di (...) "dove vengono eseguiti vari blocchi fino all'impianto di un neurostimolatore (...)" e "si sottolinea come una problematica di natura somatoforme sia esclusa dai risultati positivi del test" ha attestato, in chiaro contrasto con le risultanze processuali, che "non vi sia alcuna evidenza che test infiltrativi realizzati da anestetisti in centri del dolore possano affermare o escludere la presenza di una problematica somatoforme" e che "non vi è alcuna evidenza agli atti che la paziente abbia mai sviluppato un'algodistrofia (CRPS 1 o tipo 2)".

I medesimi concetti vengono in seguito ribaditi nella presa di posizione del 4 luglio 2016 (doc. 86 UAI-C. _____). Alla luce anche delle affermazioni da un lato del dr. Dd. _____, secondo cui, in un primo momento, non sarebbero state eseguite tutte le analisi necessarie rispettivamente il sospetto di CRPS I "schien erhärtet" e dall'altro del dottor Ee. _____ secondo cui si trattava di un dolore misto (e pertanto ha in parte riconosciuto la diagnosi), il perito avrebbe dovuto motivare nel dettaglio per quale motivo riteneva inutilizzabili gli esiti dei numerosi e approfonditi esami esperiti

dal dr. R. _____, svolti in un centro specializzato per il dolore e l'apprezzamento della fattispecie da parte di quest'ultimo (cfr. in particolare consid. 9 e segg.). Lo stesso avrebbe dovuto fare il dottor Aa. _____ o eventualmente la questione avrebbe dovuto essere sottoposta ad una specialista in anestesia e terapia del dolore, specializzazione di cui i due medici incaricati dal l.i. _____ non dispongono.

11.2 Visto quanto sopra poiché la perizia del l.i. _____ non risolve la questione se l'assicurata soffre o meno o perlomeno in parte di CRPS I, ma anzi trae conclusioni in contrasto con altri atti medici dell'incarto, redatti da specialisti nel ramo, essa non può essere ritenuta completamente affidabile e va completata. L'autorità inferiore dovrà coinvolgere uno specialista in anestesia e terapia del dolore, in grado di avallare una delle due tesi o perlomeno permettere al giudice di valutare quale sia la diagnosi più verosimile oppure se, ancora, come indicato dal dottor Ee. _____, il dolore abbia origine mista.

11.3 In siffatte circostanze, non essendo stati chiariti aspetti fattuali determinanti, in particolare un completamento della perizia del l.i. _____ ai sensi del considerando precedente, neppure la giurisprudenza del Tribunale federale pubblicata in DTF 137 V 210 (segnatamente consid. 4.4.1.4; DTF 139 V 99 consid. 1) si oppone al rinvio della causa all'autorità inferiore per completamento dell'istruttoria, nel senso indicato da questo Tribunale.

11.4 La decisione impugnata – che viola il diritto federale, fondandosi su un accertamento in contrasto con gli atti, non sufficientemente motivato e pertanto incompleto dei fatti giuridicamente rilevanti – non merita pertanto tutela.

12.

12.1 Questo Tribunale rileva inoltre che la perizia pluridisciplinare del 4 febbraio 2016 appare criticabile anche per quel che concerne la determinazione della capacità lavorativa residua.

12.2

12.2.1 Difatti, al momento dell'esperimento della perizia del l.i. _____, nel febbraio 2016, agli atti vi erano innumerevoli referti medici che attestavano una totale incapacità lavorativa.

12.2.2 Nel referto del 1° ottobre 2013, il dr. R. _____ ha attestato un'incapacità lavorativa totale per il mese di ottobre 2013 (doc. 9 UAI-C. _____), confermandola anche per il mese di dicembre 2013 (doc. 10 UAI-C. _____). In seguito, egli ha sostanzialmente constatato un'incapacità lavorativa del 100% da febbraio 2014 a fine aprile 2015 (doc. 26, 29, 35, 83, 41, 42, 43, 50 e 61 UAI-C. _____ e doc. 17 D. _____).

12.2.3 Dal canto suo, il dr. U. _____ con relazione medica del 7 maggio 2014, ha attestato che dal lato psichiatrico la paziente era inabile al lavoro al 100% (doc. 34 UAI-C. _____). Questa valutazione è stata in seguito confermata con scritti del 12 novembre e 24 dicembre 2014 (doc. 45 e 83 UAI-C. _____).

12.2.4 Con rapporto del 2 novembre 2012, il dr. Ff. _____, ha attestato l'inabilità lavorativa al 100% dal 6 al 30 novembre 2012 e dal 1 novembre 2013 al 30 novembre 2013 (doc. 9 UAI-C. _____). In seguito, egli ha certificato una totale inabilità lavorativa anche per il mese di luglio 2013 (doc. 9 UAI-C. _____), dal 6 settembre 2013 al 30 settembre 2013 (doc. 9 UAI-C. _____) e per il mese di novembre 2013 (doc. 9 UAI-C. _____). In seguito, egli ha prolungato il certificato per i mesi di gennaio 2014 (doc. 19 UAI-C. _____).

12.3 Il dr. V. _____ ha invece ritenuto che, al momento in cui ha visitato la paziente, riservate eventuali limitazioni ortopedico/neurologiche, dal punto di vista medico-psichiatrico la capacità lavorativa fosse intera (doc. 83 UAI-C. _____ e doc. 29 Cassa malati).

12.4 Tuttavia, nella perizia pluridisciplinare del 4 febbraio 2016, nella presa di posizione del 20 luglio 2016 dei periti I.i. _____ e nei vari rapporti I.i. _____, viene fatta totalmente astrazione dalle conclusioni tratte nella documentazione medica succitata. Nella perizia i vari referti vengono elencati e riassunti. In seguito tuttavia vengono ignorati; i periti non si esprimono in merito e neppure motivano per quale ragione le loro conclusioni si discostano in maniera importante dalle valutazioni degli altri specialisti. De facto, essi si limitano a discutere la capacità lavorativa globale dal punto di vista delle diagnosi da essi poste, concludendo che l'assicurata era abile al lavoro nelle precedenti attività di cassiera/commissa nella misura del 40% (intesa come combinazione tra riduzione del tempo di presenza e riduzione del rendimento) a partire da aprile 2013 e del 50% (combinazione di riduzione tempo di lavoro e rendimento), sempre a partire da aprile 2013. Inoltre, è stata ritenuta una totale inabilità al lavoro in qualsiasi attività nel periodo 30 agosto 2012 –

31° gennaio 2013 e durante il periodo di degenza presso la Clinica J._____ dal 16 luglio 2013 al 15 agosto 2013. Infine, gli esperti si sono espressi in favore di una capacità lavorativa in ambito domestico dell'80% (doc. 65 UAI-C._____).

12.5 Risulta dunque evidente che i periti I.i._____ ed il medico SMR non si sono confrontati in maniera sufficiente con i documenti specialistici agli atti e pertanto non hanno approfondito con la dovuta precisione i punti litigiosi, in particolare l'evoluzione della capacità lavorativa residua. Di conseguenza, le conclusioni degli specialisti nella perizia del 4 febbraio 2016 (doc. 65 UAI-C._____) e del medico SMR nei rapporti finali dell'8 febbraio 2016 (doc. 67 UAI-C._____) e del 15 febbraio 2016 (doc. 70 UAI-C._____), poi poste alla base della decisione impugnata del 22 agosto 2016, non possono essere ritenute esaustive e conclusive a tal riguardo.

12.6 Va infine aggiunto che non appare chiaro neppure il concetto di capacità lavorativa definito quale "combinazione tra riduzione del tempo di presenza e riduzione del rendimento" (cfr. doc. 65 UAI-C._____ ed in particolare p. 27 della perizia pluridisciplinare del 4 febbraio 2016 e pag. 5 della perizia del dr. Bb._____ del 20 ottobre 2015). Di regola in caso di riduzione del rendimento si ritiene che la persona sia presente al 100%, ma il rendimento sia ad esempio pari al 50%. Con riduzione del tempo di presenza di regola si ritiene ammissibile solo un'attività a tempo parziale. Esaminando le due definizioni mal si comprende come possano venir combinate se da un lato è necessaria una riduzione del tempo di lavoro e dall'altra una presenza a tempo pieno.

Anche tale circostanza andrà chiarita nell'ambito del rinvio per ulteriori accertamenti.

13.

13.1 Anche alla luce di quanto appena indicato la perizia pluridisciplinare del 4 febbraio 2016 esperita dal I.i._____ non può essere considerata completa e fedefacente ai sensi della giurisprudenza succitata (cfr. consid. 9.3).

13.2 Ne consegue che anche da questo punto di vista il provvedimento querelato viola il diritto federale, fondandosi su un accertamento insufficiente dei fatti giuridicamente rilevanti (art. 49 lett. b PA in relazione con art. 37 LTAF) e dev'essere pertanto annullato.

14.

14.1

14.1.1 Infine va ancora rilevato che a giustificazione dell'applicabilità del metodo misto, la ricorrente sostiene di essere stata attiva a livello professionale, a partire dal 2010, unicamente in misura ridotta. Al riguardo ha trasmesso i certificati salariali del 2010, 2011 e 2012, dai quali risulterebbe a suo dire, che era attiva professionalmente all'incirca nella misura del 55%, occupandosi per il restante 45% delle faccende domestiche (cfr. consid. 4.2 e 6.6).

14.1.2 Dal canto suo l'autorità inferiore ha sempre ritenuto che, prima dell'incidente del 30 agosto 2012, l'assicurata esercitava un'attività professionale a tempo pieno, nonostante beneficiasse unicamente di un contratto ad ore (doc. 73 a 76 e 90 e doc. TAF 5). Pertanto, con risposta di causa del 27 settembre 2016 (doc. TAF 5), l'UAIE, rinviando al preavviso dell'UAI-C._____, ha ribadito di ritenere corretto considerare l'assicurata salariata al 100% in quanto:

- i) essa avrebbe sempre lavorato o cercato delle attività lucrative a tempo pieno,
- ii) l'orario di lavoro indicato dall'assicurata nel suo curriculum vitae era di 8.5 ore,
- iii) la perizia I.i._____ del 4 febbraio 2016, riporta che "lavorava praticamente a tempo pieno con orario di lavoro variabile a seconda del piano di lavoro",
- iv) il dr. Ff._____ nel rapporto del 6 maggio 2013, ha indicato che ha svolto "un periodo di attività lavorativa al 100% dal 08.01.2013 al 23.04.2013".

14.2

14.2.1 Al fine di determinare il metodo applicabile per stabilire l'eventuale invalidità, si deve anzitutto verificare, fondandosi sulla globalità delle circostanze, se, ipoteticamente, in assenza del danno alla salute, l'assicurato avrebbe o meno esercitato un'attività lavorativa. Ad esempio, se egli esercitava o meno un'attività lucrativa immediatamente prima dell'insorgere dell'invalidità oppure, se in caso di risposta negativa, ne avrebbe esercitato una in futuro se non fosse subentrato il danno alla salute. Grande importanza deve essere attribuita all'attività che veniva svolta al momento dell'intervento del danno alla salute invalidante, specie nel caso in cui le altre

circostanze non hanno subito modifiche rilevanti sino alla nascita del diritto alla rendita. Da considerare sono tutte le contingenze del caso concreto, segnatamente le condizioni finanziarie, familiari, l'età dell'assicurato, la sua situazione professionale, le affinità e la personalità dell'assicurato (DTF 130 V 393 consid. 3.3; SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195; in argomento cfr. anche la sentenza TF 9C_150/2012 del 30 agosto 2012 consid. 3 e la giurisprudenza ivi citata; vedi inoltre MEYER/REICHMUTH, *Rechtssprechung des Bundesgerichts zum IVG*, 2014, ad art. 5, pagg. 54-58 e 60-62 e BLANC, *La procédure administrative en assurance-invalidité*, Fribourg 1999, pag. 190).

14.2.2 Questa valutazione deve ugualmente prendere in considerazione la volontà ipotetica dell'assicurato che, in quanto fatto interno, deve essere in regola generale dedotta da indizi esterni (sentenza TF 9C_64/2012 dell'11 luglio 2012 consid. 5.2; sentenza TFA I 693/06 del 20 dicembre 2006, consid. 4.1).

14.2.3 Il metodo di calcolo non resta immutato. Ad ogni revisione si deve infatti accertare se l'assicurato avrebbe o meno esercitato attività lavorativa se non fosse stato invalido (SVR 1996 AI Nr. 76; DTF 117 V 195, 98 V 262; AJP 1994 pag. 784 segg.; STFA del 24 marzo 1994 solo parzialmente pubblicata in DTF 120 V 150; MEYER/REICHMUTH, *op. cit.*, pagg. 312-313; BLANC, *op. cit.*, pag. 190-191).

14.3

14.3.1 In casu dagli atti emerge che l'assicurata ha lavorato presso Gg. _____ a tempo pieno per circa sei anni dal 2005 al luglio 2010 (doc. 23 e 65 pag. 7 UAI-C. _____). Dai documenti allegati al ricorso, risulta inoltre che l'insorgente nel 2010 ha lavorato 81.2 ore dal 19 al 31 luglio, 164.5 ore nel mese di agosto, 109.6 nel mese di settembre, 84.4 in ottobre, 86.2 in novembre, 36.4 in dicembre. Nel 2011, essa ha invece lavorato 95.2 ore in gennaio, 55.5 ore in febbraio, 107.5 ore in marzo, 96.5 ore in aprile, 72.5 ore in maggio, 133.2 ore in giugno, 102 ore in luglio, 134.1 ore in agosto, 112.1 ore in settembre, 117.6 ore in ottobre, 60.5 ore in novembre e 53.4 ore in dicembre. Nel 2012 e fino all'incidente del 30 agosto, essa ha invece lavorato per 104.5 ore in gennaio, 72.4 ore in febbraio, 68.3 ore in marzo, 86.1 ore in aprile, 108.2 ore in maggio, 145.4 ore in giugno e 155.5 ore in luglio. Da quando ha iniziato a lavorare presso B. _____ SA, nel luglio del 2010, l'assicurata ha pertanto svolto mediamente ca. 97.7 ore al mese (media sul periodo luglio 2010 – agosto 2012), mentre la media men-

sile per la vendita al dettaglio (cifra 47 della tabella “*Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen*” edita dall'Ufficio federale di statistica) era di 180.7 ore mensili nel 2010 e 2011 (41.7h x 52 /12) e di 181.1 ore nel 2012 (41.8h x 52/12). L'assicurata ha infine spiegato di aver consacrato il tempo restante alle faccende domestiche (doc. TAF 9).

14.3.2 Dal primo colloquio di intervento tempestivo del 18 dicembre 2013 (doc. 13 UAI-C. _____ pag. 3) risulta inoltre che la ricorrente beneficiava di un “contratto a ore a dipendenza del lavoro che c’era” e che “aveva diminuito la propria attività in quanto nel frattempo si era sposata” nel 2009 con un cittadino egiziano impiegato a tempo pieno presso una fabbrica della regione (doc. 65 UAI-C. _____ pag. 7). Anche il datore di lavoro, nel questionario del 23 gennaio 2014, ha indicato che l’orario di lavoro variava a seconda del piano di lavoro, malgrado avesse anche dichiarato che l’orario normale di lavoro nell’azienda era di 42 ore (doc. 22 UAI-C. _____). Il contratto di lavoro dal canto suo indica unicamente che l’orario di lavoro è “da definire con la direzione”, non tuttavia se l’attività era a tempo pieno o meno (allegato a doc. TAF 1).

14.4 Alle luce di quanto precede questo Tribunale ritiene perlomeno probabile che la ricorrente abbia deliberatamente scelto di lavorare a tempo parziale in seguito al matrimonio intervenuto del 2009 e che, prima dell’incidente del 30 agosto 2012, non era intenzionata ad aumentare tale percentuale.

14.5 Gli argomenti esposti dall’autorità inferiore nella risposta del 27 settembre 2016 non risultano invece convincenti, né provati con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali. È in primo luogo irrilevante che l’insorgente in precedenza abbia lavorato a tempo pieno per diversi anni. Difatti agli atti vi sono chiari indizi a sostegno del fatto che dopo il matrimonio l’interessata ha modificato la propria situazione professionale. La circostanza che abbia lavorato a tempo pieno anche successivamente (si confronti l’affermazione della perizia doc. 65 UAI-C. _____ a pag. 7) non risulta per contro in modo convincente da nessun documento riconducibile al datore di lavoro. Come detto, i certificati di lavoro prodotti provano semmai il contrario (allegati al doc. TAF 1).

14.6 Ne discende che la valutazione dell’autorità inferiore di ritenere la ricorrente attiva professionalmente al 100% non appare provata con il grado della verosimiglianza valido nelle assicurazioni sociali. In assenza di sufficienti accertamenti, segnatamente in merito alla reale ripartizione tra attività professionale e mansioni consuete e all’incapacità della ricorrente di

svolgere quest'ultime, l'istruttoria eseguita dall'autorità inferiore risulta carente. In tali circostanze questa Corte non può stabilire il metodo applicabile per determinare il grado di invalidità. Su questo punto l'incarto va pertanto rinviato all'amministrazione la quale dovrà verificare se il contratto concluso con B. _____ SA si riferiva ad un rapporto di lavoro a tempo pieno o a tempo parziale. Nella seconda ipotesi andrà accertata la misura dell'attività a tempo parziale. Anche per questi motivi la decisione impugnata del 22 agosto 2016 va annullata.

15.

15.1 Visto l'esito del ricorso, non vengono prelevate spese processuali. Alla ricorrente viene restituito l'anticipo delle spese processuali di CHF 800.- versato il 16 marzo 2017 (doc. TAF 14 e 15).

15.2 Ritenuto che l'insorgente è rappresentata in questa sede da un avvocato, si giustifica l'attribuzione di un'indennità a titolo di spese ripetibili (art. 64 PA in combinazione con gli art. 7 e segg. del regolamento sulle tasse e sulle spese ripetibili nelle cause dinanzi al Tribunale amministrativo federale del 21 febbraio 2008 [TS-TAF, RS 173.320.2]). La parte che ha presentato ricorso in materia d'assegnazione o rifiuto di prestazioni assicurative è reputata vincente, dal profilo delle ripetibili, anche se la causa è rinviata all'amministrazione per complemento istruttorio e nuova decisione (DTF 132 V 215 consid. 6.2). Giusta l'art. 14 cpv. 1 TS-TAF, le parti che chiedono la rifusione di spese ripetibili devono presentare al Tribunale, prima della pronuncia della decisione, una nota particolareggiata delle spese. Se non viene prodotta, come nel caso concreto, il giudice fisserà un'indennità sulla base degli atti (art. 14 cpv. 2 TS-TAF).

15.3 Stando così le cose, in assenza di una nota dettagliata, il collegio giudicante determina un'indennità di CHF 2'800.-, posta a carico dell'UAIE.

(dispositivo alla pagina seguente)

Per questi motivi, il Tribunale amministrativo federale pronuncia:

1.

Il ricorso è parzialmente accolto nel senso che, annullata la decisione del 22 agosto 2016, gli atti sono rinviati all'UAIE affinché proceda al completamento dell'istruttoria ai sensi dei considerandi ed emani una nuova decisione sul grado di invalidità e sul diritto a dei provvedimenti professionali di A._____.

2.

Non si prelevano spese processuali. L'anticipo di CHF 800.-, già corrisposto dalla ricorrente, verrà restituito allorquando la presente sentenza sarà cresciuta in giudicato.

3.

L'UAIE rifonderà alla ricorrente CHF 2'800.- a titolo di spese ripetibili.

4.

Comunicazione a:

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

I rimedi giuridici sono menzionati alla pagina seguente.

La presidente del collegio:

Il cancelliere:

Michela Bürki Moreni

Oliver Engel

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, nella misura in cui sono adempiute le condizioni di cui agli art. 82 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: