

TI_GERICHTE 36.2002.145 vom 6. November 2002

TI Tribunale d'appello, 2002-11-06, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2002.145

FR: TI_GERICHTE 36.2002.145 du 6 novembre 2002

IT: TI_GERICHTE 36.2002.145 del 6 novembre 2002

Regeste

Sentenza o decisione senza scheda

Erwägungen

E. 16

novembre 2000 all'allora rappresentante legale dell'opponente, l'avvocata _____ la _____ aveva esposto dettagliatamente la situazione giuridica vigente concedendo all'opponente un ulteriore termine di pagamento di 20 giorni. Quindi, all'opponente è noto già da anni che è in arretrato con i premi per l'anno 1997. 8. Inoltre, per quanto riguarda i premi dal gennaio al luglio 1997, l'opponente dice di non essere responsabile solidale per gli arretrati del suo ex marito _____. Anche questa affermazione è evidentemente sbagliata. Infatti dalla decisione del Pretore della Giurisdizione di _____ del 4 febbraio 1998 rispettivamente dalla sentenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni del 25 maggio 1999 fatte valere dall'opponente risulta chiaramente che la reciproca responsabilità solidale fu abrogata solo per il 31 luglio 1997. La _____ aveva indicato anche questa circostanza già nella sua lettera del 16 novembre 2000 all'avv. _____. 9. Infine l'opponente rimanda all'art. 21 cpv. 1 della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). Così facendo non vede però che i premi richiesti dalla _____ riguardano l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal, per cui la LCA non è applicabile. La _____ si attiene pertanto al fatto che i suddetti premi arretrati devono esserle rimborsati integralmente. 10. Giusta l'art. 20.5 del regolamento, la _____ ha inoltre il diritto di farsi rimborsare gli interessi di mora e le spese causate da debitori morosi, come spese per solleciti, esecuzioni, ecc. Spetta pertanto all'opponente di rimborsare le spese di mora di un importo di fr. 20.--. 11. Riassumendo quindi risulta che l'importo globale dei premi arretrati dovuti dall'opponente fino al 31 dicembre 1997 ammonta a fr. 4'730.30 (premi arretrati pari ad un importo di fr. 4'710.30 per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie nonché fr. 20.-- a titolo di spese di mora). La _____ ha pertanto a giusto titolo rigettato, mediante decisione del 16 agosto 2002, l'opposizione interposta relativamente a questo importo contro il precetto esecutivo n° _____ dell'Ufficio esecuzione di _____, ragione per cui la presente opposizione dev'essere integralmente respinta." (Doc. _) 1.4. Con ricorso 6 dicembre 2002 l'assicurata ha chiesto al TCA di annullare la decisione impugnata, osservando: "1) _____ ex marito della ricorrente ha stipulato con la cassa malati _____ dal 1990 una polizza malattia per tutti i componenti della famiglia domiciliati in _____ (allegato _). 2) In data 12 gennaio 1996 la Pretura di _____ ha autorizzato, per turbativa familiare, _____ a lasciare legalmente il domicilio di _____ (allegato _). 3) In data 08 agosto 1997 tra la ricorrente e l'ex marito è stata stipulata una convenzione di separazione (allegato _), tale convenzione è stata omologata dalla Pretura di _____ in data 04

febbraio 1998 (allegato _). 4) A seguito del cambio di domicilio e l'avvenuta separazione, l'ex marito della ricorrente quale contraente dava disdetta per il 31 dicembre 1997 della polizza malattia con la _____ per sé e per gli altri componenti del nucleo familiare assicurati (allegato _). 5) In data 05 giugno 2000 la sottoscritta stipulava con l'ex marito una convenzione di divorzio (allegato _), nella quale al punto 7 era ribadito che il regime matrimoniale era già stato liquidato con la convenzione del 04 agosto 1997 (allegato _), omologata il 04 febbraio 1998. La Pretura di _____ ha sciolto con sentenza del 12 settembre 2000 il matrimonio della ricorrente, (allegato _). 6) Con decorrenza 01 gennaio 1998 la ricorrente ha stipulato con la cassa malati _____ una polizza malattia per sé e per la figlia _____. 7) In data 02 marzo 2000 la cassa malati _____ inviava alla ricorrente un richiamo di pagamento di Frs. 23'130,10 (allegato _), per presunti premi e partecipazioni non pagate dal mese di settembre 1996 al mese di febbraio 2000. Il 16 marzo 2000 la ricorrente respingeva la richiesta della _____ e richiedeva una decisione formale della cassa malati in base all'art. 80 LAMAL (allegato _), cosa che la _____ non ha fatto nel tempo previsto di 30 giorni. Non avendo avuto risposta dalla _____, la ricorrente delegava lo studio Avv. _____ che ribadiva con scritto del 25 maggio 2000 (allegato _) l'estraneità della ricorrente chiedendo la chiusura della vertenza. La cassa malati _____ solo il 16 novembre 2000 rispondeva allo studio legale _____ (allegato _) portando le pretese per presunti premi non pagati, sino al 31 dicembre 1997, a Frs. 6'823,50 e allestendo con data 14 novembre 2000 una polizza a nome della ricorrente, valevole dal 01 agosto 1997 (allegato _). 8) La _____ non ha avviato alcuna azione legale se non nel mese di agosto 2002 con l'emissione di un precetto esecutivo a nome della ricorrente datato 07 agosto 2002 per un importo di Frs. 4'710,30 (allegato _); la ricorrente ha fatto opposizione al citato precetto, respinta con decisione del

E. 18

agosto 2002 (allegato _); ulteriore opposizione è stata presentata dalla ricorrente il 18 settembre 2002 (allegato _). La cassa malati _____ basa la sua richiesta di pagamento in merito alla responsabilità in solido di premi non pagati dall'ex marito per i periodi gennaio-luglio 1997, e ad una responsabilità personale della ricorrente per premi non pagati dal mese di agosto a dicembre 1997, motiva il fatto che i premi non sono stati richiesti prima del 2000 perché non a conoscenza del domicilio e dello stato civile della ricorrente (allegato _). Quanto sopra non corrisponde al vero perché la _____ già dal 1996, era a conoscenza del cambiamento di domicilio dell'ex marito e che la ricorrente aveva conservato il domicilio di _____, tanto che avvisata di questo fatto, la _____ inviava in data 08 febbraio 1996 un'offerta di variazione della polizza di malattia per la ricorrente e per la figlia _____ (allegato _). La _____, pur essendo al corrente già dal 1996 della separazione dall'ex marito, dei differenti domicili, dello stato di non convivenza, mai ha informato la ricorrente, sia come eventuale responsabile solidale, sia come assicurata, del credito vantato nei confronti dell'ex marito. La prima informazione avuta dalla _____ è pervenuta al domicilio della ricorrente il 02 marzo 2000, dopo oltre due anni dal termine della copertura assicurativa, ad avvenuta liquidazione del regime matrimoniale e per una morosità iniziata dal 1996. Al momento della separazione dall'ex marito la ricorrente, in buona fede non aveva alcuna conoscenza di eventuali crediti vantati dalla _____, nella convenzione di separazione omologata il 04 febbraio 1998 ha regolato con l'ex marito il regime matrimoniale, convenzione riconfermata con il divorzio del 12 settembre 2000. La ricorrente se fosse stata informata dalla _____ del credito vantato, prima dello scioglimento del regime matrimoniale, omologazione del 04 febbraio

1998, avrebbe potuto richiedere all'ex marito tramite il Pretore competente di sistemare la situazione. La _____ è sempre stata imprecisa nelle sue richieste alla ricorrente, nel mese di marzo 2000 richiedeva un pagamento di Frs. 23'120,10, nel mese di novembre 2000 un pagamento di Frs. 6'823,50, il precetto al quale si riferisce il presente ricorso è stato fatto per un importo di Frs. 4'710,30. La _____ è tenuta a motivare queste variazioni e su quali basi regola i vari conteggi, cosa che non ha mai fatto. La Cassa Malati _____ ha mancato nei confronti della ricorrente in relazione all'obbligo d'informazione, durante e successivamente il periodo di assicurazione, tale obbligo dell'assicuratore è previsto dall'art. 16 della LAMAL. La mancanza d'informazione da parte della _____, il lungo periodo trascorso dal termine dell'assicurazione nel dicembre 1997 senza informazione alcuna, ha causato alla sottoscritta un danno reale, quanto ricevuto dalla ricorrente dall'ex marito a liquidazione del regime matrimoniale per colpa della _____ non ha potuto tener conto del credito vantato. La LAMAL non prevede alcuna responsabilità solidale per premi non pagati; la responsabilità solidale, solo durante il regime matrimoniale, è prevista dal C.C. Anche la Legge Cantonale sulle Assicurazioni, regola i tempi che un assicuratore ha per esigere premi non corrisposti, tempi che la _____ non ha rispettato. Cosa più importante da rilevare, secondo il Codice delle Obbligazioni art. 128, il credito vantato dalla _____ si prescrive con una decorrenza di 5 anni, la prescrizione si interrompe mediante atto esecutivo ecc., art. 135 parte 2. L'esecuzione della _____ nei confronti della sottoscritta è stata effettuata con data 07 agosto 2002, i premi relativi alla cassa malati scadono mensilmente, pertanto i premi pretesi dalla _____ per il periodo da gennaio 1997 a luglio 1997 per un totale di Frs. 4'710,30 essendo trascorsi i 5 anni previsti sono da ritenersi caduti in prescrizione e non più esigibili a nessun titolo. Riguardo i premi successivi da agosto 1997 a dicembre 1997 per un totale di Frs. 1'123,50, la sottoscritta oltre che contestare l'importo perché ha ricevuto la polizza solo nel mese di novembre 2000 (allegato _) e non comprende su quale base è stato effettuato il calcolo, ritiene che il pagamento non possa essere preteso per quanto sopra riportato relativamente alla mancata informazione da parte della _____ e alla richiesta avvenuta solo dopo lo scioglimento del regime matrimoniale. La ricorrente è venuta a conoscenza nell'anno 2000 dall'ex marito che la _____ non gli ha rimborsato già dal 1996 spese medico sanitarie da lui sostenute, per se stesso, per la sottoscritta e la figlia _____. Tale credito che oggi vanta la ricorrente nei confronti della _____ per il 1997 ammonta a Frs. 3'150, 25 per il periodo gennaio/luglio 1997 (allegato _ da _ a _) e Frs. 644,80 per il periodo agosto/dicembre 1997 (allegato _ da _ a _). Per tali importi e in particolare per quelli relativi al periodo agosto/dicembre 1997 la ricorrente secondo quanto previsto dal Codice delle Obbligazioni, ne richiede la compensazione con quanto richiesto dalla _____. Per quanto sopra riportato, la ricorrente richiede al Tribunale di giudicare: Il credito vantato dalla _____ per il periodo gennaio/luglio 2002 (data errata, i premi si riferiscono al 1997, n.d.r.) é nullo e non esigibile per prescrizione. La ricorrente non è tenuta al pagamento del credito vantato dalla _____ per il periodo agosto/dicembre 1997 per mancata informazione della Cassa malati, richiesta dopo l'avvenuto scioglimento del regime matrimoniale e per mancata decisione alla quale era tenuta, da emettere nel periodo di 30 giorni, come richiesto dalla ricorrente con raccomandata del 16 marzo 2000 (allegato _). Nell'ipotesi non fosse accettata dal Tribunale tale ipotesi, di giudicare compensato il Credito vantato dalla _____ con il credito vantato dalla ricorrente, secondo il Codice delle Obbligazioni." (Doc. _) 1.5. Con risposta di causa del 22 gennaio 2003 la _____ ha proposto al TCA di respingere il ricorso, rilevando che: " (...) 1. Fino al 31 dicembre 1997

la ricorrente era assicurata obbligatoriamente presso la _____ secondo la Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal). Con lettera del 16 risp. del 22 novembre 2000 la _____ le aveva comunicato che erano ancora in sospeso premi d'assicurazione per il 1996 ed il 1997 e le aveva intimato di provvedere entro 20 giorni al versamento di tali arretrati. 2. Il 4 giugno 2002 fu di nuovo intimato alla ricorrente di pagare i premi ancora in sospeso del 1997. Poiché anche questa lettera di sollecito non ebbe come risultato il saldo degli arretrati, il 15 luglio 2002 la _____ fu costretta ad introdurre una procedura di esecuzione. 3. Contro il rispettivo precetto esecutivo no. 583089 dell'Ufficio esecuzione di _____ la ricorrente fece opposizione il 14 agosto 2002. Con decisione formale del 16 agosto 2002 la _____ abrogò questa opposizione. L'opposizione sollevata in merito è stata respinta dalla _____ con la decisione su opposizione qui contestata del 6 novembre 2002. IN DIRITTO 1. Secondo la giurisprudenza, le casse malati riconosciute hanno il diritto di abrogare un'opposizione mediante decisione formale (DTF 121 V 110; RAMI 1993 K 919 pag. 126). 2. L'assicurato è obbligato a versare i suoi premi mensili sia quando è in buona salute, sia quando è malato. È possibile un pagamento anticipato per due mesi, tre mesi, sei mesi o per un anno intero (art. 20.1 e 20.2 Regolamento Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, edizione 1997). 3. Come la _____ ha dovuto constatare nella sua contabilità, l'importo totale dei premi arretrati dovuti dalla ricorrente per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per l'anno 1997 ammontava a fr. 4'710.30 (7 x fr. 512.40 da gennaio fino a luglio 1997 solidale con l'ex-marito _____, nonché 5 x fr. 224.70 da agosto fino a dicembre 1997). 4. La ricorrente non contesta di non aver rimborsato i premi dovuti arretrati, e neppure l'esattezza dell'ammontare dei suddetti premi. Essa piuttosto rimprovera alla _____ di aver richiesto in tempi diversi per i premi arretrati sempre importi differenti. Questa circostanza però non significa che la _____ sia "sempre stata imprecisa nelle sue richieste". Infatti la situazione riguardo ai premi si modificava di continuo, tanto più che l'ex-marito della ricorrente - almeno fino al mese di agosto 1997 - era anch'esso debitore solidale dei premi. In ogni caso anche la ricorrente stessa non nega di non aver pagato i premi assicurativi per l'anno 1997. 5. Oltre a questo la ricorrente sostiene di aver ricevuto dalla _____ solo nell'anno 2000 una polizza indicante i premi assicurativi che essa doveva pagare. Questo palesemente non corrisponde alla verità. Anche se per l'anno 1997 la polizza della ricorrente come pure la rispettiva ricapitolazione dei premi per l'intera famiglia era stata spedita al marito di allora, _____, quale rappresentante legale, questo non significa che essa non fosse al corrente a riguardo dell'ammontare dei premi. Anche a seguito del divorzio essa non poteva supporre che con questo anche il rapporto assicurativo con la _____ si fosse sciolto. Inoltre anche l'ammontare del premio non si modificò con il cambiamento del suo stato civile. Di conseguenza la ricorrente sapeva - o per lo meno avrebbe potuto informarsi a questo riguardo presso la _____ - che era ancora tenuta a versare un premio mensile di fr. 224.70. 6. Inoltre la ricorrente fa valere, che la richiesta dei premi mensili per i mesi da gennaio a luglio 1997, dopo la scadenza di cinque anni, è caduta in prescrizione. In merito a questo va rilevato: a) Il Tribunale interpellato confermò per la prima volta con sentenza del 19 giugno 1998, che la decisione formale della _____ dell'8 giugno 1997, con la quale quest'ultima aveva abrogato l'opposizione a riguardo di tutti premi arretrati della famiglia _____ (compresi quelli della ricorrente), era cresciuta in giudicato. Con sentenza del 25 maggio 1999 lo stesso Tribunale dichiarò che _____ era debitore dei premi nei confronti della _____ fino alla fine di giugno 1998. Inoltre espone quanto segue (pag. 13 e 14): " Un coniuge è quindi, ex

lege, debitore solidale dei premi dell'assicurazione-malattie obbligatoria, stipulata dall'altro coniuge nel quadro della loro vita comune. La responsabilità di un coniuge per i debiti contratti dall'altro nel quadro dell'unione coniugale, è indipendente dal tipo di regime matrimoniale in vigore fra di essi. Quest'ultimo avrà un'influenza soltanto in occasione della liquidazione del regime matrimoniale, che fa seguito, generalmente, al decesso di uno dei coniugi oppure al loro divorzio (Petitpierre/de Montmollin/Guinand/Hausheer, FJS n. 104, 1988, p. 11). In concreto, dalle tavole processuali emerge che la vita in comune fra _____ e sua moglie _____ è durata fino - al più tardi - al mese di agosto 1997 (cfr. convenzione sulle conseguenze accessorie della separazione stipulata il 4 agosto 1997, prodotta sub doc. _). Pertanto, la Cassa malati convenuta avrebbe avuto il diritto d'esigere dal ricorrente l'assunzione solidale dei premi afferenti all'assicurazione della sua consorte, soltanto fino a tale data." Questa sentenza è stata tutelata integralmente dal Tribunale federale delle assicurazioni nella sua sentenza del 15 settembre 2000. b) Se si considera che la responsabilità solidale di _____ è stata confermata da parte del Tribunale fino al mese di agosto 1997, è chiaro che questa responsabilità sussiste anche viceversa per la ricorrente. In ogni caso - come esposto - la richiesta dei premi della _____ nei confronti della ricorrente per i premi fino al 1° giugno 1997 è già passata in giudicato tramite sentenza del 19 giugno 1998 del TCA, e in questa sentenza la ricorrente è specificamente menzionata quale parte. 7. Per quel che riguarda l'obbligo al pagamento dei premi della ricorrente dopo il suo divorzio da _____ per il periodo fino a dicembre 1997, anche in questo caso la _____, con l'introduzione della procedura di esecuzione in data 15 luglio 2002 come pure il rilascio della rispettiva decisione formale in data 16 agosto 2002, ha intrapreso le necessarie azioni giuridiche entro il termine di cinque anni. 8. Infine la ricorrente afferma di avere delle pretese di prestazioni nei confronti della _____, che vorrebbe compensare con i suoi arretrati "secondo quanto previsto dal Codice delle obbligazioni". Nella maggioranza delle leggi sulle assicurazioni sociali della Confederazione il diritto di compensazione è regolato in modo concordante nel senso che questo diritto spetta esclusivamente all'assicuratore sociale; le formulazioni legislative escludono un diritto di compensazione dell'assicurato. Il motivo per questa regolamentazione concordante sta nel fatto, che unicamente l'assicuratore sociale è autorizzato a rilasciare delle decisioni formali, ossia a decidere unilateralmente e sovraneamente sui diritti e obblighi dell'assicurato (cfr. art. 5 PA). Da questo risulta anche la concessione unilaterale del diritto di compensazione all'assicuratore sociale, quindi anche all'assicuratore malattie (DTF 110 V 186). In conformità a ciò l'art. 17.1 del Regolamento (doc. _ della _____) stabilisce, che l'assicurato non ha alcun diritto di fare dei conteggi. Con altre parole l'assicurato non può semplicemente detrarre delle prestazioni, alle quali presume di avere diritto, dalla richiesta dei premi della _____. 9. Giusta l'art. 20.5 del regolamento, la _____ ha inoltre il diritto di farsi rimborsare gli interessi di mora e le spese causate da debitori morosi, come spese per solleciti, esecuzioni, ecc. Spetta pertanto alla ricorrente di rimborsare le spese di mora di un importo di fr. 20.--. 10. Riassumendo quindi risulta che l'importo totale dei premi arretrati dovuti dalla ricorrente fino al 31 dicembre 1997 ammonta a fr. 4'730.30 (premi arretrati pari ad un importo di fr. 4'710.30 per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie nonché fr. 20.-- a titolo di spese di mora). La _____ ha pertanto a giusto titolo rigettato, mediante decisione del 16 agosto 2002, l'opposizione interposta relativamente a questo importo contro il precetto esecutivo n° _____ dell'Ufficio esecuzione di _____, ragione per cui il presente ricorso dev'essere integralmente respinto." (Doc. _) 1.6. In data

7 febbraio 2003 l'assicurata ha osservato: " (...) 1) La _____ riferisce nella sua risposta di causa che la ricorrente non ha contestato i premi richiesti, quest'affermazione non è vera, nel ricorso presentato al vostro Tribunale, la ricorrente a pagina 3 contesta i premi, chiedendo alla _____ di motivare i vari importi richiesti nel tempo e su quali basi questi conteggi erano regolati. Passare da una richiesta di 23'120,10 Frs. a 4'710,30 Frs. senza alcuna motivazione è giustamente poco chiaro. La _____ afferma che i premi si modificavano di continuo, ma su quali basi, perché. La _____ non ha dato alcuna risposta o chiarimento in merito. 2) La _____ dice di aver comunicato nel 1997 all'ex marito della ricorrente i premi assicurativi da pagare e che la ricorrente doveva esserne al corrente prima del 02 marzo 2000. L'affermazione non corrisponde al vero, a seguito separazione, l'ex marito della ricorrente dal 1996 abitava in _____ a _____, mentre la ricorrente aveva conservato il proprio domicilio a _____. Questa particolarità era ben conosciuta alla _____ dal 1996 (vedere prove presentate nel ricorso alla lettera _) e anche potendo inviare all'indirizzo della ricorrente le sue pretese, non ha mai fatto nulla. Le affermazioni della _____ non rispecchiano la realtà e le prove presentate dalla ricorrente la smentiscono, la _____ ha mancato, pur avendo la possibilità e la conoscenza del suo domicilio d'informare la ricorrente. 3) Per i premi dalla _____ per il periodo gennaio 1997 luglio 1997 (512,40 x 7) per un importo di Frs. 3'586,80, secondo il C.O. e quanto citato nel ricorso, la richiesta è caduta in prescrizione perché trascorsi 5 anni. La _____ vuole far cadere questa prescrizione asserendo che una sentenza del 25 maggio 1999 confermata dal Tribunale Federale in data 15 settembre 2000, avrebbe sentenziato che la ricorrente era responsabile del pagamento di questi premi in forma solidale con il marito. Quanto vuol far credere la _____ non è assolutamente vero perché: La sentenza citata, della quale la ricorrente è venuta a conoscenza solo tramite il legale della _____ nell'anno 2000, tratta il periodo di premi da luglio 1997 a dicembre 1997, riporta esclusivamente considerazioni sulla responsabilità solidale dei coniugi, e su quello che la _____ avrebbe potuto fare o richiedere a _____, ma che non ha fatto, non sentenzia nulla nei confronti della ricorrente. Tra l'altro il Tribunale Cantonale a pag. 15 della sentenza della quale si presenta copia (allegato n. _) cita: " In siffatte condizioni, se l'assicuratore-malattia convenuto ha preteso un pagamento integrale dei premi, anche per un periodo posteriore alla sospensione della sua vita in comune con la moglie, rispettivamente, all'attribuzione a quest'ultima dell'autorità parentale sulla figlia _____, ciò è potuto accadere in ragione di un'assenza di diligenza da parte di _____, giusta l'art. 12.6 Reg. ne deve ora sopportare le conseguenze. Al ricorrente rimane, beninteso, riservata la facoltà di richiedere alla moglie il Rimborso di quei premi assicurativi che non avrebbero dovuto essere da lui assunti....." e il Tribunale Federale a pag. 6 (allegato n. _) cita: " ne discende che egli avrebbe dovuto agire senza indugio già nell'anno 1997, non avendolo fatto, nulla può esimerlo dal pagamento dei premi assicurativi, dovuti alla Cassa opponente per la moglie e la figlia sino a giugno 1998" Le conclusioni delle citate sentenze riguardano esclusivamente _____ e non la ricorrente, si riferiscono a premi dal mese di luglio 1997 a giugno 1998, non da gennaio 1997 come affermato dalla _____ che richiede il pagamento in forma solidale (allegato n. _). Quanto dichiara e sentenzia il Tribunale a pag. 16 della citata sentenza è riferito esclusivamente ad _____ (allegato n. _), non cita minimamente _____, alla quale le citate sentenze non sono mai state notificate non essendo parte in causa, così mai altre sentenze che riguardano l'ex marito, nella questione con la _____, sono state notificate alla ricorrente come parte in causa o anche solo per conoscenza o abbiano

condannato la ricorrente quale responsabile solidale. Quanto richiede la _____ è lesivo del diritto della ricorrente, che in merito alle sentenze citate, o altre, non ha avuto alcun modo di ricorso perché non informata. Le sentenze citate dalla _____ nella sua risposta di causa, nei confronti di _____, non sono pertanto vincolanti e/o cresciute in giudicato per la ricorrente, non comportano l'interruzione del periodo di prescrizione. 4) Per i premi che vanno da agosto 1997 a dicembre 1997 per un importo di Fr. 1'123.50 la ricorrente ritiene che la _____ non avendola informata del mancato pagamento da parte dell'ex marito prima dell'accordo di separazione e conseguentemente divorzio, abbia arrecato un danno materiale del quale deve rispondere. 5) Il credito vantato dalla ricorrente nei confronti della _____ e del quale è venuta a conoscenza nel 2000, per spese medico sanitarie da agosto 1997 a dicembre 1997 essendo pienamente giustificato dalla documentazione inviata alla _____ e al vostro Tribunale può essere compensato con i premi richiesti dalla Cassa Malati. Il comportamento della _____ di non accettare spese medico sanitarie ampiamente documentate è contrario alla legge sull'assicurazione malattia. (...)" (Doc. _) 1.7. Con scritto datato 17 febbraio 2003 la _____ ha rilevato quanto segue: "(...) 1. Una parte dei premi assicurativi inizialmente arretrati è già stata pagata. Ne resta un importo non versato di fr. 4'710.30. La _____ si attiene che la ricorrente non ha contestato di non aver rimborsato i premi dovuti arretrati, e neppure l'esattezza dell'ammontare dei suddetti premi. Quindi l'esecuzione dei premi arretrati è stata introdotta a giusto titolo. 2. Come abbiamo già scritto nella nostra risposta di causa del

E. 22

gennaio 2003, il Tribunale cantonale delle assicurazioni (TCA) ha esplicitamente esposto nella sua sentenza del 25 maggio 1999 (doc. __, passata in giudicato!) che, "dalle tavole processuali' emergeva che la vita in comune fra _____ e sua moglie _____ era durata "fino - al più tardi - al mese di agosto 1997 (sentenza, pag. 14, cif. 2.8.2.7). Anche quando si guarda la prima pagina dell'antecedente sentenza del TCA del 19 giugno 1998 (doc. __), è evidente che la famiglia _____ aveva lo stesso domicilio (la ricorrente compresa), cioè _____ nel momento della presentazione del ricorso del 27 novembre 1997. Non si vede perché la responsabilità solidale di _____ esisteva per lo meno fino al mese di agosto 1997, invece la responsabilità solidale della ricorrente, per lo stesso periodo di premi, sarebbe negata. Questo non pare logico. Ora, la ricorrente non riesce a sottrarsi ai suoi obblighi di premi con un semplice rimando a un domicilio differente. 3. Per quel che riguarda i premi assicurativi fino al 1° giugno 1997, già esiste una decisione passata in giudicato (la sentenza del 19 giugno 1998 del TCA) che qualifica la ricorrente chiaramente come parte! Non è corretto che il TCA in questa sentenza si riferisca esclusivamente ad _____, come la ricorrente pretende, anche se quest'ultimo esercitava la funzione del rappresentante della sua famiglia intera. 4. Per quel che riguarda i premi assicurativi dopo il divorzio della ricorrente, è da menzionare che il Codice delle obbligazioni (CO) non è applicabile per le relazioni tra l'assicuratore malattie e l'assicurato secondo la LAMal. Quindi la ricorrente non può richiamarsi al termine di prescrizione secondo il CO. Per quel che riguarda il termine di perenzione (non di prescrizione!) nel diritto delle assicurazioni sociali, la _____ ha già esposto che con l'introduzione della procedura di esecuzione in data 15 luglio 2002 come pure il rilascio della rispettiva decisione formale in data 16 agosto 2002, quest'ultima ha intrapreso le necessarie azioni giuridiche entro il termine di cinque anni (cfr. DTF 122 V 333 consid. 3a). 5. Per i motivi esposti ci atteniamo che il ricorso del 6 dicembre 2002 dev'essere integralmente respinto." (Doc. _) 1.8. In data 24 febbraio 2003 l'assicurata ha ancora osservato: "(...) Le

osservazioni sono fatte in merito ai 5 punti posti nella lettera della _____ del 17 febbraio 2003. 1) Nessun premio assicurativo che la _____ ritiene arretrato e contestato alla ricorrente dall'anno 2000, è stato pagato dalla ricorrente e alla stessa non risulta che l'ex marito abbia effettuato alcun pagamento, non é pertanto vero quello che vuol far credere la _____ che somme arretrate siano state pagate. I conteggi della _____ sono stati sempre contestati dalla ricorrente, proprio per questa mancanza di chiarezza, come per il fatto di aver emesso una polizza in nome della sottoscritta per l'anno 1997 nell'anno 2000. La ricorrente riconferma la sua contestazione per le somme richieste dalla _____ per la mancata chiarezza nella documentazione delle stesse. 2) E' chiaro dai documenti presentati dalla ricorrente che la _____ era a conoscenza del suo domicilio a _____ sin dal 1996, lo prova la proposta d'assicurazione inviata dalla _____ alla ricorrente in data 08 febbraio 1996 dopo che la _____ era stata avvisata dalla ricorrente della separazione di fatto e il cambio d'abitazione del marito. Come responsabile solidale la ricorrente doveva essere avvisata dalla _____ per tutti gli atti che la riguardavano, cosa che invece la _____ non ha mai fatto, anche conoscendo il reale domicilio della ricorrente. La _____ sino al 02 marzo 2000 non ha mai comunicato nulla al domicilio della ricorrente. La ricorrente non ha mai cambiato domicilio ha sempre abitato nel comune di _____ ininterrottamente dal 01.09.1985 come da certificato di domicilio allegato (allegato _), ha sempre mantenuto il numero telefonico a conoscenza della _____ agenzia di _____, e anche se la _____ avesse avuto amnesie nel non ricordare l'indirizzo della ricorrente, sarebbe bastata una richiesta d'informazioni al controllo abitanti di _____ o alle informazioni telefoniche. 3) Nessuna sentenza passata in giudicato è mai stata notificata alla ricorrente e comunque non risulta nessuna sentenza in nome della sottoscritta, l'ex marito è l'unico citato nella sentenza alla quale si riferisce la _____, chiaramente sarà intervenuto come contraente delle polizze malattia con la _____, rimane comunque che la ricorrente quale responsabile solidale non é mai stata informata dei fatti né dalla _____ né da nessun Tribunale. Per la ricorrente le sentenze alle quali fa menzione la _____ non hanno pertanto alcun valore poiché non parte in causa e non a conoscenza. 4) Per i premi che vanno da gennaio a luglio 1997 questi non possono più essere vantati dalla _____ a nessun titolo, la prescrizione citata dalla ricorrente è quella che produce l'estinzione di un eventuale diritto della _____, questo diritto è caduto nel termine di perenzione per i premi da gennaio a luglio 1997, rispettivamente nei mesi da gennaio a luglio 2002 essendo per ogni rispettivo mese trascorso il periodo di 5 anni, il termine si è interrotto con le azioni promosse dalla _____ il 07 agosto 2002 con il precetto esecutivo e con il rigetto dell'opposizione del 16 agosto 2002. Tutto quanto riguarda i premi da gennaio a luglio 1997 è stato intrapreso dalla _____ dopo il periodo di 5 anni e non prima come vuol far credere la Cassa Malati. 5) Per le osservazioni riportate, il ricorso e le ulteriori prove presentate, la ricorrente chiede al vostro Spettabile Tribunale, la conferma delle proprie richieste contenute nei documenti prodotti e l'annullamento delle pretese della _____." (Doc. _) 1.9. Con scritto del 28 febbraio 2003 la _____ ha comunicato: " (...) Nelle sue osservazioni del 24 febbraio 2003 la ricorrente ripete i suoi argomenti già conosciuti. Per questo motivo, la _____ si attiene integralmente alle sue argomentazioni esposte nei suoi scritti finora. Particolarmente ritiene che la responsabilità solidale di _____ confermata dal Tribunale è altrettanto valida per la ricorrente." (Doc. _) 1.10. Pendente causa il TCA ha chiesto alla _____: " vi invitiamo ad indicarci, producendo la relativa documentazione, se avete proceduto nei confronti di _____ all'incasso della somma di

fr. 5'604 oltre interessi per premi assicurativi impagati da parte di _____, sua moglie _____ e sua figlia _____ nel periodo compreso fra il 9 dicembre 1996 e il 1° giugno 1997, come indicato nella decisione dell'8 giugno 1997 della _____, contro la quale _____ ha fatto un'opposizione dichiarata irricevibile per intempestività dalla Cassa malati con decisione del 23 ottobre 1997, conclusione confermata dal TCA con sentenza del 19 giugno 1998 e dal TFA con decisione del 21 dicembre 1998." (Doc. _) Con scritto datato 17 luglio 2003 la _____ ha risposto: " Le inviamo copia della nostra domanda di proseguire l'esecuzione del 25 gennaio 1999 e il verbale di pignoramento (attestato carenza beni) corrispondente del 5 febbraio 1999 come conseguenza della sentenza del TFA del 21 dicembre 1998 concernente il signor _____." (Doc. _) Il doc. _ e il doc. _ sono stati trasmessi all'assicurata per conoscenza (cfr. doc. _). in diritto

In ordine 2.1. La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi degli articoli 26 c cpv. 2 della Legge organica giudiziaria civile e penale e 2 cpv. 1 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale delle assicurazioni (cfr. STFA del 18 febbraio 2002 nella causa H., H 335/00; STFA del 4 febbraio 2002 nella causa B., H 212/00; STFA del 29 gennaio 2002 nella causa R. e R., H 220/00; STFA del 10 ottobre 2001 nella causa F., U 347/98 pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA del 22 dicembre 2000 nella causa H., H 304/99; STFA del 26 ottobre 1999 nella causa C., I 623/98). Nel merito 2.2. Il 1° gennaio 2003 è entrata in vigore la legge sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), che tuttavia non è applicabile al caso di specie considerato che il giudice delle assicurazioni sociali non tiene conto di modifiche legislative e di fatto verificatesi dopo il momento determinante della resa del provvedimento amministrativo (STFA del 9 gennaio 2003 nella causa A., P 76/01, consid. 1.3, pag. 4; STFA del 9 gennaio 2003 nella causa C., U 347/01, consid. 2 pag. 3 e STFA del 9 gennaio 2003 nella causa P., H 345/01, consid. 2.1, pag. 3; DTF 127 V 467 consid. 1, DTF 121 V 366 consid. 1b). Per cui ogni riferimento alle norme applicabili in concreto va inteso nel tenore in vigore fino al 31 dicembre 2002.

2.3. Oggetto della lite è l'obbligo di _____ di tacitare, a titolo solidale (visto l'attestato di carenza beni del 5 febbraio 1999 nei confronti di _____, cfr. doc. _), i premi per l'assicurazione malattia sociale secondo la LAMal, dovuti dal marito e dall'assicurata stessa a partire dal 1° gennaio 1997 fino al 31 luglio 1997 e i premi per l'assicurazione malattia sociale secondo la LAMal dell'assicurata dal 1° agosto 1997 al 31 dicembre 1997. La ricorrente contesta questo obbligo adducendo di vivere separata dal marito; di non avere mai ricevuto nessuna comunicazione da parte della Cassa malati in merito a presunti premi impagati; che in ogni caso i premi arretrati concernenti il periodo gennaio-luglio 1997 sono ormai caduti in prescrizione e quelli relativi al periodo agosto-dicembre 1997 sono da compensare con il credito vantato da _____ nei confronti della Cassa malati. Giusta l'art. 61 LAMal, l'assicurato è tenuto al pagamento dei premi fintanto che dura l'affiliazione (art. 89-92 OAMal; cfr. STFA 30.6.1998 in re M. e P. c. C.M.H., inedita). Il pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi da parte dell'assicurato è necessario per il finanziamento dell'assicurazione malattia (art. 60 LAMal) e quindi per l'esecuzione della legge; secondo la volontà del legislatore gli assicuratori malattia devono quindi far valere le proprie pretese in via esecutiva secondo la LEF (cfr. art. 88 cpv. 1 e 2 LAMal; art. 80 LAMal; DTF 125 V 273 consid. 6c). In caso di mora dell'assicurato l'art. 9 OAMal prevede che: " 1 Se, nonostante diffida, l'assicurato non paga premi o partecipazioni ai costi scaduti, l'assicuratore deve promuovere una procedura

esecutiva. Se questa sfocia in un attestato di carenza di beni, l'assicuratore ne informa la competente autorità d'assistenza sociale. Sono salve le disposizioni cantonali che contemplano la previa notifica all'autorità preposta alla riduzione dei premi." Per l'art. 20 cpv. 1 LCAMal, inoltre, il Consiglio di Stato designa l'autorità di assistenza sociale per il pagamento dei crediti irrecuperabili relativi alle prestazioni obbligatorie previste dalla legislazione federale. Per il capoverso 3, prima di procedere al pagamento dei crediti irrecuperabili, l'istanza competente applica il sussidio per la riduzione dei premi. Per l'art. 21 LCAMal, inoltre, l'istanza designata dal Consiglio di Stato esige che l'assicuratore promuova una nuova procedura esecutiva, se è a conoscenza di circostanze che lo giustificano. Per l'art. 82 cpv. 1 del relativo Regolamento d'applicazione l'assicuratore malattie che a seguito della procedura esecutiva di cui alla LCAMal ottiene un attestato di carenza di beni definitivo o un certificato di insolvenza, può chiedere all'Istituto delle assicurazioni sociali il pagamento dei crediti irrecuperabili, incluse le spese esecutive, ma esclusi gli interessi. Per il capoverso 4 l'Istituto delle assicurazioni sociali emana le direttive di procedura. La cifra 4.2. delle direttive emanate il 31 maggio 1999 dall'IAS relative alla richiesta di pagamento allo Stato dei premi LAMal e delle partecipazioni alle spese di cura legate all'assicurazione obbligatoria prevede che: " Se per un assicurato fossero stati rilasciati due attestati di carenza di beni in un periodo di 24 mesi (dal momento della richiesta di pagamento allo Stato), l'assicuratore malattie è dispensato dall'avviare una nuova procedura esecutiva, sempre che produca una dichiarazione di insolvenza rilasciata dall'UEF. osservazione L'assicuratore malattie che dopo due procedure esecutive promosse nell'arco di 2 anni ha ottenuto due attestati di carenza di beni (ACB), deve richiedere, per le istanze di pagamento seguenti, il rilascio di una dichiarazione d'insolvenza all'UEF, in quanto si presume che anche successive procedure sfoceranno sempre in ACB. Ciò per evitare inutili spese esecutive. Lo Stato non riconoscerà più le spese esecutive per una terza o ulteriori procedure esecutive promosse sempre nel corso dei 24 mesi." ed ancora, alla cifra 4.8. delle medesime direttive: " In ossequio alla giurisprudenza oggi conosciuta, se viene rilasciato un attestato di carenza di beni (ACB) o una dichiarazione di insolvenza per assicurati coniugati, la procedura esecutiva o il rilascio della dichiarazione di insolvenza deve essere richiesto anche per il coniuge quando il contratto assicurativo è stato sottoscritto durante li periodo matrimoniale . Se per contro il contratto assicurativo è stato stipulato prima del matrimonio, la procedura esecutiva nei confronti dell'altro coniuge non è ammessa . In situazione di procedura esecutiva ammessa nei confronti dell'altro coniuge, non entra in linea di conto il tipo di regime matrimoniale (in particolare non è tenuta in considerazione un'eventuale separazione dei beni)." 2.4. Nel merito, in via preliminare occorre rilevare che il problema della responsabilità solidale tra coniugi va risolto alla luce del diritto privato, nella misura in cui esso è compatibile con il diritto delle assicurazioni sociali, non prevedendo la LAMal alcunché in tal senso (RAMI 1993 p. 85 consid. 2b; DTF 119 V 16). 2.5. Per l'art. 163 CCS, intitolato mantenimento della famiglia, " 1 I coniugi provvedono in comune, ciascuno nella misura delle sue forze, al debito mantenimento della famiglia. 2 Essi s'intendono sul loro contributo rispettivo, segnatamente circa le prestazioni pecuniarie, il governo della casa, la cura della prole o l'assistenza nella professione o nell'impresa dell'altro. 3 In tale ambito, tengono conto dei bisogni dell'unione coniugale e della loro situazione personale". Secondo l'art. 166 CCS " 1 Durante la vita comune, ciascun coniuge rappresenta l'unione coniugale per i bisogni correnti della famiglia. 2 Per gli altri bisogni, un coniuge rappresenta l'unione coniugale soltanto se: 1. è stato autorizzato dall'altro o dal giudice; 2. l'affare non consente una dilazione e l'altro coniuge è

impossibilitato a dare il proprio consenso per malattia, assenza o analoghi motivi. 3 Con i propri atti, ciascun coniuge obbliga se stesso e, in quanto non ecceda il potere di rappresentanza in modo riconoscibile dai terzi, solidalmente anche l'altro." Il TF e il TFA hanno già avuto modo di sancire che il pagamento dei premi alle assicurazioni sociali fa parte del "debito mantenimento della famiglia" secondo l'art. 163 cpv. 1 CCS (DTF 125 V 430 consid. 3b e dottrina citata; RAMI 2/2000 p. 79 cfr. anche DTF 119 V 25 consid. 6a; DTF 112 II 404 consid. 6; Eugster, Krankenversicherung, in Meyer-Blaser, Soziale Sicherheit, Basilea 1998, p. 182 no. 337). Sia la conclusione di un'assicurazione malattia obbligatoria che il cambiamento di assicuratore sono stati inoltre considerati come facenti parte dei bisogni correnti della famiglia ai sensi dell'art. 166 cpv. 1 CCS (Eugster op. cit. p. 182 e giurisprudenza federale citata alla N 815). Di conseguenza, alla luce dell'art. 166 cpv. 3 CCS, i coniugi rispondono solidalmente tra di loro per i premi rimasti impagati, indipendentemente dal regime matrimoniale scelto (DTF 119 V 21 consid. 4e), fintanto che vivono insieme (RAMI 1993 n. 914 pag. 83). Recentemente il TFA, con sentenza del 18 ottobre 2002 nella causa R. (K 60/00), pubblicata in DTF 129 V 90, ha precisato la sua giurisprudenza nei seguenti termini: "(...) Nach herrschender Lehre erfasst der Unterhalt nach Art. 163 Abs. 1 ZGB als Haushaltskosten alle grundlegenden Bedürfnisse, insbesondere auch die Versicherungen (Kranken-, Unfall-, Lebens-, Haftpflichtversicherungen) (Berner Kommentar, Das Familienrecht, 2. Teilband, N 9 zu Art. 163). Zu diesem Unterhaltsbedarf gehören somit die Versicherungen und die Beiträge von Ehefrau und Ehemann an Sozialversicherungen im weitesten Sinn, namentlich die Prämien für Krankenkassen (Hasenböhler, Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, Schweizerisches Zivilgesetzbuch I, N 8 und 11 zu Art. 163; Zürcher Kommentar, Das Familienrecht, Teilband II 1c, N 34 zu Art. 163; Deschenaux/Steinauer/Baddeley, Les effets du mariage, S. 219 N 473). Stellen könnte sich lediglich die - vorliegend unerhebliche - Frage, ob die obligatorische soziale Krankenversicherung (Grundversicherung) als ausreichend anzusehen ist, oder ob - angesichts der Prämienhöhe - Zusatzversicherungen in den Unterhaltskosten eingeschlossen sind (Berner Kommentar, N 16 ff. zu Art. 163 und N 54 zu Art. 166; Deschenaux/Steinauer/Baddeley, a.a.O. S. 193 N 400 und S. 220 N 473; Hausheer/Geiser/Kobel, Das Eherecht des Schweizerischen Zivilgesetzbuches, S. 60 N 08.06). Auch die Frage, ob der Abschluss einer Krankenversicherung den laufenden Bedürfnissen der Familie im Sinne von Art. 166 Abs. 1 ZGB zuzuordnen ist, wird nach herrschender Lehre bejaht (Hasenböhler, a.a.O. N 7 zu Art. 166; Hegnauer/Breitschmid, Grundriss des Eherechts, S. 191 N 18.07). Der Radius des laufenden Familienbedarfs erstreckt sich namentlich auf die Versicherung der Familienmitglieder bei einer Krankenkasse (Zürcher Kommentar, Das Familienrecht, Teilband II 1c, N 39 zu Art. 166). Die Bedürfnisse der Familie nach Art. 166 Abs. 1 ZGB betreffen zwar den Unterhalt gemäss Art. 163 ZGB. Diesem kommt aber eine umfassendere Bedeutung zu (BGE 119 V 24 f. Erw. 6). So bedeutet der Unterhalt nach Art. 163 ZGB auf alle Fälle die obere Begrenzung für die Bedürfnisse der Familie. Der Abschluss von Versicherungen für die Familienmitglieder (insbesondere Krankenversicherung) und die entsprechenden Prämien gehören daher zu den Bedürfnissen der Familie gemäss Art. 166 ZGB im Sinne der Gewährleistung einer ausreichenden Grundversorgung (Berner Kommentar, Das Familienrecht, 2. Teilband, N 38, 39a und 40 zu Art. 166). Diesbezüglich wollte der Reformgesetzgeber von Art. 166 Abs. 3 ZGB die Haftung spiegelbildlich zur Vertretungsbefugnis regeln und in beiden Bereichen die Gleichstellung der Ehegatten verwirklichen. Er hat deshalb neu eine primäre und gleichrangige Haftung der Ehegatten

eingeführt. Jeder von ihnen verpflichtet durch sein rechtsgeschäftliches Handeln sowohl sich persönlich als auch den anderen. Diese Solidarhaftung wird bereits bei Vorhandensein der objektiven Voraussetzungen gemäss Art. 166 Abs. 1 oder 2 ZGB ausgelöst, unabhängig davon, in wessen Namen der handelnde Ehegatte tätig wurde und ohne Rücksicht darauf, ob der Dritte vom Verheiratetsein seines Vertragspartners wusste oder nicht (Hasenböhler, a.a.O. N 19 zu Art. 166). (...) Gemäss Vorinstanz würde die Anwendung der in BGE 119 V 16 publizierten Rechtsprechung nach Einführung des Obligatoriums unter Umständen zu einer ungleichen Behandlung der Versicherten führen. Wenn eine versicherte Person nach dem 1. Januar 1996 heiratet und nach der Eheschliessung bei der gleichen Krankenkasse bleibe, hafte der Ehepartner nicht für Prämien des anderen Ehegatten, die nach der Heirat fällig wurden. Dagegen sei der Ehegatte solidarisch haftbar, wenn der andere Ehegatte nach der Heirat den Krankenversicherer wechsle. Dass die Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung das gesamte Familieneinkommen tangieren - und damit beide Ehegatten für die Prämien der obligatorischen Versicherung solidarisch haften -, könne auch aus der Regelung betreffend Prämienverbilligung geschlossen werden. Das Krankenversicherungsgesetz sehe eine Prämienverbilligung für Versicherte in bescheidenen Verhältnissen vor (Art. 65 KVG). Davon sollen der Versicherte und seine Familienangehörigen profitieren. Für die Auszahlung von Prämienverbilligung sei nicht relevant, ob die Kassenmitgliedschaft während des Zusammenlebens oder im Hinblick auf die Heirat erlangt wurde. Massgebend seien vielmehr die finanziellen Verhältnisse, insbesondere das steuerbare Einkommen einer Familie. Werde die ganze Familie mit Prämienverbilligungen begünstigt, unabhängig vom Zeitpunkt, in dem das Versicherungsverhältnis begründet wurde, seien ebenfalls die Prämien für die obligatorische Krankenpflegeversicherung als Auslage für die laufenden Bedürfnisse der Familie, unbeachtlich des Zeitpunktes des Abschlusses des Versicherungsverhältnisses, zu betrachten. Schliesslich sei zu beachten, dass die Beiträge von Ehefrau und Ehemann an Sozialversicherungen zum Unterhaltsbedarf nach Art. 163 ZGB gehören. (...) Auf Grund dieser Ausführungen und nachdem auf den 1. Januar 1996 das Obligatorium der Krankenpflegeversicherung eingeführt wurde, kann an der bisherigen Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts nicht festgehalten werden. In der Tat ist zu beachten, dass nach neuem Recht jede Person mit Wohnsitz in der Schweiz versicherungspflichtig ist, weshalb sie bei der Heirat nach dem 1. Januar 1996 ohnehin eine obligatorische Versicherung abgeschlossen hat. Die daraus anfallenden Prämien stellen daher voraussehbare Auslagen dar, die im Budget eines Haushaltes zu berücksichtigen sind. Diese Lösung rechtfertigt sich sodann auch unter Beachtung des Gleichbehandlungsgebots und der Regelung betreffend Prämienverbilligung sowie in Anbetracht der Tatsache, dass die Beiträge von Ehefrau und Ehemann an Sozialversicherungen zum Unterhaltsbedarf nach Art. 163 ZGB gehören. Daraus folgt, dass die solidarische Haftung des für Beitragsschulden belangten Ehegatten im Sinne von Art. 166 Abs. 1 und 3 ZGB nach Einführung der obligatorischen Krankenversicherung ungeachtet dessen eintritt, ob das der Beitragsforderung zugrunde liegende Versicherungsverhältnis während des ehelichen Zusammenlebens oder im Hinblick auf familiäre Bedürfnisse begründet worden ist." In sostanza i coniugi che sono nella necessità di instaurare relazioni con terze persone nell'interesse della coppia o della famiglia – compresa la necessità di una assicurazione di base per la copertura delle malattie - rappresentano l'unione coniugale nella misura in cui gestiscono i bisogni correnti della coppia stessa o della famiglia. Affinché ciò possa avvenire, e quindi affinché un coniuge possa essere legalmente rappresentato dall'altro, e

quindi affinché nasca una responsabilità solidale per i debiti contratti da uno dei coniugi per i bisogni correnti dell'unione coniugale, occorre che le obbligazioni contratte servano ai bisogni correnti della famiglia. Nella sentenza federale citata (cfr. STFA del 18 ottobre 2002 nella causa R, K 60/00) la nostra Massima Istanza ha avuto modo di precisare che con l'entrata in vigore dell'assicurazione malattia obbligatoria un coniuge risponde solidalmente, ex art. 166 CC, per i debiti contributivi dell'altro coniuge indipendentemente dal fatto che il rapporto di assicurazione a fondamento del credito contributivo sia stato costituito durante la vita comune oppure per soddisfare dei bisogni correnti della famiglia. Il potere di rappresentanza cessa quando sia sospesa la vita in comune dei coniugi (v. Henry Deschnaux, Paul-Henry Steinauer e Margareta Baddeley, op. cit., no. 363 e segg. pag. 179 e segg.). Occorre allora chiedersi cosa succeda in caso di sospensione della vita in comune dei coniugi per i debiti contratti nei confronti dei terzi in buona fede. Il Messaggio del Consiglio Federale (1979, no. 215.21 e no. 182) relativo alla modifica della norma in questione non risolve la questione mentre la più recente dottrina ritiene che non debba essere protetta la buona fede del terzo contraente al fine di non avvantaggiarlo indebitamente nella sua veste di creditore, da un lato, e per la necessaria protezione del coniuge del debitore (in questo senso: Gilles Petitpierre et al. In FJS103 a 106, in particolare 104, Ginevra 1988; M. Stettler, Droit Civil III, Effets généraux du mariage (art. 159 – 180 CC), Friburgo, 1992, n. 175; C. Hegnauer e P. Breitschmid: Grundriss des Eherechts, 3. Ed., Berna 1993, n. 18.05; V. Bräm e F. Hasenböhler, Das Familienrecht: Die Wirkung der Ehe im allgemeinen (art. 159 – 180), commentario zurighese, Tomo II/1c, 3 ed., Zurigo 1993 – 1997, n. 29 ad art. 166; ed altri; contra Henry Deschnaux, Paul-Henry Steinauer e Margareta Baddeley, op. cit., no. 367) In proposito Eugster (op. cit., p. 182 N 817) precisa, rinviando a DTF 119 V 24 consid. 6a che: " Die Vertretung der ehelichen Gemeinschaft und damit die solidarische Haftung entfällt mit Aufhebung des gemeinsamen Haushaltes ohne Rücksicht auf den guten Glauben des Dritten. Die Aufhebung des gemeinsamen Haushaltes bedarf keiner richterlicher Bewilligung (Hegnauer/Breitschmid, p. 180ss N 17.45, 17.46, 18.05)." Questo TCA si è allineato alla convincente opinione della dottrina maggioritaria, che vuole evitare di avvantaggiare immotivatamente il creditore in caso di debito dovuto da coniugi di fatto separati e che tende comunque alla protezione del coniuge separato del debitore, in un caso recente (TCA _____ in re __ ancora sub iudice) in cui due coniugi - dopo il matrimonio - avevano interrotto la vita in comune a seguito di un tentativo di conciliazione fallito dinanzi al Pretore. In quella sentenza era stato ritenuto come non fosse: " sempre di meridiana evidenza accertare quando due coniugi non vivono più in comune. La sospensione della vita comune potrà risultare sia da una decisione giudiziaria che da un accordo delle parti rispettivamente ancora dalle circostanze. Si tratta sostanzialmente di casi in cui i coniugi non intendono più mantenere una vita coniugale rispettivamente i casi in cui la stessa ha cessato di sussistere. Come detto una distinzione netta non sempre appare evidente, come rammentano Henry Deschnaux, Paul-Henry Steinauer e Margareta Baddeley, op. cit., nota 25 a pié della pagina 179:

" la volonté des époux de maintenir l'union en tant que communauté de destin est particulièrement importante pour déterminer si le pouvoir de représentation au sens de l'art. 166 subsiste alors qu'une vie de couple n'est pas possible (séjour prolongé à l'hôpital ou en prison)." Come indicato, quindi, una volta accertato il venir meno di una vita in comune dei coniugi cessa la rappresentanza dell'unione coniugale e la solidarietà degli sposi per i debiti contratti dal consorte. 2.6. Trattandosi in concreto di premi assicurativi relativi al periodo compreso fra il 1° gennaio

1997 e il 31 dicembre 1997 occorre preliminarmente esaminare se, come preteso dalla ricorrente, l'importo chiesto in pagamento dall'amministrazione è perento. Il TFA, in una sentenza del 30 aprile 1996, pubblicata in DTF 122 V 331, ha precisato quanto segue: " a) A ragione i giudici di prime cure hanno constatato che la LAMI non contiene disposizioni disciplinanti la prescrizione dei crediti relativi ai premi assicurativi e che al riguardo nulla dicono le disposizioni interne della Cassa malati _____. Non può invece essere tutelato il parere della giurisdizione cantonale quando essa afferma che troverebbero applicazione in concreto le norme riguardanti l'estinzione delle obbligazioni secondo il Codice delle obbligazioni: queste disposizioni prevedono che le azioni per prestazioni periodiche si prescrivono con il decorso di 5 anni (art. 128 cifra 1 CO), che la prescrizione è interrotta mediante atti di esecuzione (art. 135 cifra 2 CO), e che con l'interruzione incomincia a decorrere una nuova prescrizione (art. 137 cpv. 1 CO). Secondo la giurisprudenza del Tribunale federale delle assicurazioni, in caso di restituzione di premi dell'assicurazione malattia pagati in eccesso, ove sia carente una disposizione statutaria, è applicabile per analogia l'art. 16 cpv. 3, prima frase, LAVS al credito di restituzione dell'assicurato (DTF 119 V 300 consid. 4). Ammesso questo principio in caso di diritto dell'assicurato alla restituzione dei contributi indebitamente pagati, si giustifica di applicare per analogia l'art. 16 LAVS anche per quanto concerne la perenzione dell'esigibilità di crediti delle casse malati relativi ai premi assicurativi rimasti insoluti. A norma dell'art. 16 cpv. 1 LAVS, i contributi il cui importo non è stato fissato in una decisione notificata entro un termine di cinque anni dalla fine dell'anno civile per il quale sono dovuti non possono più essere né pretesi né pagati. L'art. 16 cpv. 2, prima frase, LAVS dispone che il credito per contributi, fissato in una decisione notificata conformemente al capoverso 1, si estingue tre anni dopo la fine dell'anno civile in cui la decisione è passata in giudicato. b) Nell'evenienza concreta, la Cassa malati opponente ha informato l'interessato, per decisione formale del 24 ottobre 1988, rimasta inimpugnata, che avrebbe riscosso per le vie esecutive l'importo dei premi assicurativi dovuti per il periodo dal 1° aprile al 30 giugno 1988. Mediante tale provvedimento, il credito per i premi assicurativi ancora insoluti è stato pertanto fissato in una decisione notificata conformemente all'art. 16 cpv. 1 LAVS. Ne discende che, giusta l'art. 16 cpv. 2, prima frase, LAVS, esso si è estinto tre anni dopo la fine dell'anno civile in cui la decisione è passata in giudicato, vale a dire il 31 dicembre 1991. In esito a quanto precede, alla data in cui la Cassa malati _____ ha fatto spiccare il contestato precetto esecutivo del

E. 27

settembre 1993 nei confronti di G., la perenzione del suo credito era intervenuta da quasi due anni." (DTF 122 V 331, sottolineature del redattore) L'Alta Corte, allorquando era ancora in vigore la LAMI, ha pertanto stabilito che, in assenza di disposizioni statutarie della Cassa relative alla prescrizione o alla perenzione delle pretese (cfr. anche DTF 119 V 298, in particolare pag. 299, consid. 3) l'art. 16 LAVS va applicato anche per quanto concerne la perenzione dell'esigibilità di crediti di casse malati relativi ai premi assicurativi rimasti insoluti. Non trovano per contro applicazione le norme del CO. Considerato che pure la LAMal non prevede termini per la riscossione dei premi, la giurisprudenza del TFA rimane d'attualità anche con l'entrata in vigore della nuova legge l'1.1.1996 (cfr. in tal senso G. Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, pag. 185, n. 340; vedi anche: DTF 126 V 23 sul richiamo all'art. 47 LAVS in materia di restituzione delle prestazioni). In una sentenza del 17 giugno 2003 nella causa V. (K 82/02) l'Alta Corte ha ancora avuto modo di confermare l'applicabilità, per analogia, dell'art. 16 LAVS in tema

di prescrizione dei premi assicurativi secondo la LAMI e la LAMal (consid. 3). Giusta l'art. 16 cpv. 1 LAVS i contributi il cui importo non è stato fissato in una decisione notificata entro un termine di cinque anni dalla fine dell'anno civile per il quale sono dovuti, non possono essere né pretesi né pagati. Si tratta di un termine di perenzione (RCC 1988 pag. 60 consid. 3a, RCC 1975 pag. 201 consid. 2a; P. - Y. Greber, J. - L. Duc, G. Scartazzini, Commentaire des articles 1 à 16 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, ad art. 16, pag. 405). I termini di perenzione non possono, differentemente da quelli di prescrizione, né essere interrotti, né essere sospesi e vanno esaminati d'ufficio (Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1997, pag. 59). In particolare, come visto nella sentenza pubblicata in DTF 122 V 331, non trattandosi di prescrizione, non si applicano gli art. 127 segg. CO. In concreto, dal Regolamento Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie prodotto dalla _____, in vigore dal 1997 (cfr. doc. _), non emerge alcuna norma concernente la prescrizione o la perenzione dell'esigibilità dei premi. Viene solo indicato che se l'assicurato non paga i premi scaduti, la _____ lo diffida; se la diffida rimane senza effetto, una procedura esecutiva verrà promossa (punto 30.1 del regolamento citato). In queste circostanze va applicato l'art. 16 LAVS e non, come invocato dalla ricorrente (cfr. doc. _), l'art. 128 CO che, come appena ricordato, non trova applicazione nel caso di specie trattandosi di perenzione e non di prescrizione. Ora, come visto in precedenza, dagli atti emerge che la Cassa ha chiesto all'assicurata il pagamento degli arretrati con una decisione formale in data 16 agosto 2002. In precedenza la _____ aveva inoltrato in data 15 luglio 2002 all'UE di _____ una domanda di esecuzione nei confronti di _____ (cfr. doc. _), alla quale l'ufficio competente aveva dato seguito con precetto esecutivo datato 7 agosto 2002 (cfr. doc. _). In una sentenza del 17 giugno 2003 nella causa V. (K 82/02) il TFA ha rilevato che in materia di assicurazione malattia, contrariamente a quanto avviene in ambito AVS, non è necessario che la Cassa malati emani una decisione formale per salvaguardare il termine di perenzione. Al riguardo l'Alta Corte ha osservato: " 5.1 Come sostenuto correttamente dall'assicurazione ricorrente, nell'ambito dell'assicurazione vecchiaia e superstiti, ad eccezione di quanto previsto all'art. 69quater cpv. 2 OAVS per gli assegni per grandi invalidi in analogia all'assicurazione invalidità, l'amministrazione deve statuire formalmente su contributi e prestazioni. In effetti secondo l'art. 128 OAVS tutti gli atti amministrativi con cui una cassa di compensazione pronuncia su diritti o obblighi di un assicurato o di un datore di lavoro devono rivestire la forma di una decisione scritta, per quanto non si fondino su provvedimenti della cassa già passati in giudicato. Le decisioni delle casse devono indicare entro quale termine, in che forma e a quale istanza può essere presentato ricorso o, all'occorrenza, domanda di condono. Logico e conseguente appare quindi in tale ambito il tenore dell'art. 16 LAVS, secondo cui per salvaguardare il termine di perenzione in materia di contributi AVS è necessario emanare una decisione formale. 5.2 L'assicuratore malattia, per contro, non è costretto a statuire tramite decisione formale e ciò vale anche per quanto riguarda l'incasso dei premi. Secondo l'art. 30 cpv. 1 LAMI se un assicurato o la persona postulante l'ammissione non accetta una decisione della cassa, questa deve, entro trenta giorni, emanare una decisione formale e notificarla per iscritto all'interessato, con indicazione dei motivi, dei mezzi e del termine di ricorso (si veda in proposito anche l'art. 80 LAMal e l'art. 49 LPGa; cfr. pure LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2a ed., Berna 1997, pag. 331 seg.). In effetti non esiste per l'assicuratore malattia un obbligo di disciplinare di volta in volta formalmente i rapporti con i propri assicurati. Il provvedimento formale va infatti emanato solo su richiesta (espressa, orale o per atti concludenti)

dell'assicurato. Se egli non agisce entro un termine di riflessione adeguato, si considera che egli abbia acconsentito al provvedimento (DTF 126 V 24 consid. 4b; RAMI 1990 no. K 835 pag. 82, 1989 no. K 793 pag. 20 consid. 1, 1988 no. K 783 pag. 395 consid. 3a, no. K 770 pag. 250). In tale ambito inoltre MAURER (Das neue Krankenversicherungsrecht, Basilea e Francoforte sul Meno 1996, pag. 146) suggerisce di applicare per analogia alla perenzione in materia di assicurazione malattia l'art. 94 cpv. 1 LAINF, secondo cui non possono più essere pretesi i premi non reclamati entro cinque anni dalla fine dell'esercizio per il quale sono dovuti. Secondo il tenore letterale della norma non è necessaria l'emanazione di una decisione formale. Questa soluzione è giustificata dal fatto che, secondo l'art. 99 LAINF, l'assicuratore infortuni deve notificare per iscritto, motivate e con l'indicazione dei rimedi di diritto solo le decisioni relative alle prestazioni e alle pretese di notevole importanza o contestate dall'interessato. Contrariamente all'AVS anche l'assicurazione infortuni non ha quindi un obbligo pressoché totale di statuire formalmente. Del medesimo tenore sono l'art. 49 LPGA sull'obbligo di emanare una decisione formale e l'art. 24 LPGA sull'estinzione del diritto a prestazioni o contributi arretrati. Anche in tal caso non è prevista l'emanazione di una decisione formale.

5.3 Alla luce di quanto sopra esposto, considerato che l'art. 16 LAVS va applicato per analogia - non direttamente - alla LAMI e che quindi va senz'altro tenuto conto della peculiarità di questa legge e delle differenze rilevanti rispetto alla LAVS, segnatamente del fatto che in ambito dell'assicurazione vecchiaia e superstiti è necessaria l'emanazione di decisioni formali ai fini di statuire su diritti e obblighi di cassa e assicurati, non invece in campo dell'assicurazione malattia, si deve concludere che non è necessario emanare una decisione formale per salvaguardare il termine di perenzione. Questa tesi è pure suffragata da un'interpretazione sistematica e d'insieme dell'ordinamento sociale in vigore, che tiene conto cioè di quanto previsto in ambito LAINF e della soluzione prevista dalla LPGA. Le censure sollevate dalla ... appaiono quindi fondate.

6. In concreto va quindi esaminato se la ... ha fatto valere il proprio diritto a contributi e partecipazioni alle spese entro cinque anni dalla fine dell'anno per cui sono dovuti e meglio entro la fine del 1999. Al riguardo occorre rilevare che, come indicato dalla ricorrente, il termine di perenzione va considerato salvaguardato tramite l'invio della domanda di esecuzione del 13 luglio 1998, notificata in data 3 agosto 1998 in forma di precetto esecutivo, a cui non è stata fatta opposizione, presso il recapito di In effetti le domande di esecuzione del 20 aprile e del 5 maggio 1999 non hanno potuto essere notificate, mentre quelle successive sono state emanate posteriormente al 2000 e sono pertanto tardive. Da un punto di vista materiale la suddetta domanda configura una decisione ai sensi dell'art. 5 cpv. 1 lett. a PA e dell'art. 30 cpv. 1 LAMI (si veda RAMI 1990 no K 835 pag. 82 consid. 2b). (...)" Pertanto, dato che giusta l'art. 16 cpv. 1 LAVS i contributi il cui importo non è stato fissato in una decisione notificata entro un termine di cinque anni dalla fine dell'anno civile per il quale sono dovuti, non possono essere né pretesi né pagati e ritenuto che lo stesso TFA, nella sentenza appena citata (cfr. STFA del 17 giugno 2003 nella causa V., K 82/02), ha espressamente indicato che i premi e la partecipazione alle spese relativi al 1994 dovuti dall'assicurato dovevano essere richiesti dalla Cassa malati _____ entro la fine del 1999, occorre ritenere che nel caso di specie la _____, avendo richiesto all'assicurata il pagamento dei premi impagati relativi all'anno 1997 entro cinque anni, ovvero entro la fine del 2002, ha salvaguardato il termine di perenzione. Alla luce di quanto precede, dunque, i premi arretrati relativi all'anno 1997 non sono perenti e possono quindi a giusta ragione essere chiesti dalla Cassa. Per inciso va rilevato che in data 27 giugno 1997 la _____ aveva intimato al marito dell'assicurata, _____, un PE di fr. 5'604 oltre interessi,

corrispondenti ai premi dell'assicurazione malattie impagati di _____, _____ e _____ per il periodo compreso fra il 9 dicembre 1996 e il 1° giugno 1997; vista l'opposizione di _____ contro tale PE, la _____ aveva emanato in data 8 giugno 1997 una decisione che rigettava l'opposizione dell'assicurato, contro la quale _____, per sé e per il resto della famiglia, aveva inoltrato opposizione; la Cassa malati, con decisione del 23 ottobre 1997, aveva dichiarato l'opposizione irricevibile per intempestività. Il TCA, con sentenza del 19 giugno 1998 (incarto _____, cfr. doc. _), aveva confermato che la decisione della Cassa che dichiarava irricevibile per intempestività l'opposizione di _____ era corretta; anche il TFA, con sentenza del 21 dicembre 1998 (K 120/98), ha confermato la correttezza della decisione della Cassa malati, di modo che la decisione con la quale la _____ ha richiesto alla famiglia _____ i premi concernenti il periodo dicembre 1996-giugno 1997 è divenuta definitiva. In seguito alla citata sentenza del TFA la _____, in data 25 gennaio 1999, ha inviato al competente UE una "Domanda di proseguire l'esecuzione" (cfr. doc. _), cui ha fatto seguito, in data 5 febbraio 1999, un attestato di carenza beni nei confronti di _____ (cfr. doc. _). Inoltre, come peraltro osservato dalla Cassa nella risposta di causa (cfr. doc. _), il TCA ha già stabilito nella sentenza del 25 maggio 1999 (incarto _____, cfr. doc. _), che la decisione formale con cui la _____ in data 1° settembre 1998 aveva rigettato l'opposizione al PE del 4 agosto 1998 riguardo ai premi arretrati da luglio 1997 a giugno 1998 della famiglia _____ è accolta limitatamente all'importo di fr. 6'415.20. Contro tale decisione _____ ha inoltrato ricorso al TFA, il quale, con decisione del 15 settembre 2000 (K 81/99), ha interamente confermato la sentenza del TCA (cfr. doc. _). Nelle sentenze citate, è stato espressamente indicato che i premi arretrati relativi al periodo luglio 1997-giugno 1998 di cui la _____ ha chiesto il pagamento ad _____ concernevano _____, sua moglie _____ e sua figlia _____ (cfr. doc. _ e doc. _). La _____ ha richiesto a _____ il pagamento dei premi per l'assicurazione malattia arretrati per sé e, a titolo solidale, per la moglie _____ e per la figlia _____ (cfr. doc. _). 2.7. In sede ricorsuale l'assicurata ha affermato di avere avuto conoscenza di un eventuale credito della _____ nei suoi confronti solo in data 2 marzo 2000, quando la Cassa malati le ha inviato un "ultimo richiamo pagamento" di fr. 23'130.10 (cfr. doc. _). In risposta a questo scritto l'assicurata ha inviato alla _____, in data 16 marzo 2000, una lettera nella quale rilevava di non avere mai ricevuto in precedenza conteggi o richiami di pagamento, motivo per il quale la richiesta di pagamento della _____ era sicuramente dovuta ad un errore. Nello stesso scritto l'assicurata ha chiesto alla Cassa malati di emanare una decisione formale (cfr. doc. _). La _____ non ha emanato nessuna decisione. Di conseguenza, _____ si è rivolta all'Avv. _____, la quale, in data 25 maggio 2000, si è rivolta alla Cassa malati con uno scritto del seguente tenore: " Dopo aver tentato numerose volte di contattarla telefonicamente, impossibilitata a raggiungerla, mi vedo costretta ad inviarle il presente fax a nome e per conto della signora _____ che rappresento. Come già riferito a suo tempo alle sue collaboratrici ed in particolare alla signora _____, non ritengo assolutamente debitrice la signora _____ di presunti premi cassa malati per i quali lo scorso 2.3.2000 le era stata inviata una comminatoria di pagamento di fr. 23'130,10. La signora _____ vi ha risposto in data 16.3.2000 respingendo ogni vostra richiesta, in particolare non esistendo nessuna polizza malattia presso la vostra Cassa malati sottoscritta dalla mia cliente. La signora _____ è infatti già assicurata presso la _____.

Visto quanto sopra, la prego di volersi astenere dal procedere per vie esecutive d'incasso nei

confronti della mia patrocinata, al quale, oltre che a contestare, ci opponiamo già sin d'ora. Le chiedo di volermi cortesemente confermare che la vertenza è stata da voi definitivamente chiarita nel frattempo (essendo semmai assicurato presso di voi il marito della signora, signor _____ rispettivamente il figlio _____). Da ultimo sottolineo che tra i coniugi _____, attualmente separati, è in essere già da parecchi anni la separazione dei beni per decisione giudiziaria e che quindi eventuali debiti del marito rimangono a suo carico. " (Doc. _) In data 16 novembre 2000 la _____ ha inviato all'Avv. _____ la seguente risposta: " Ci riferiamo alle sue diverse richieste telefoniche per quanto riguarda l'obbligo del pagamento dei premi dell'assicurata sopraccitata e le comunichiamo quanto segue: è giusto che, secondo la decisione del Pretore della Giurisdizione di _____ del 4 febbraio 1998 rispettivamente la sentenza del Tribunale cantonale delle assicurazioni del 25 maggio 1999, la responsabilità solidale della sua mandante è stata abrogata per il 31 luglio 1997. Di conseguenza, dal 1° agosto 1997 la sua mandante deve saldare da sola i suoi premi assicurativi. Nello stesso tempo le confermiamo che a partire dal 1° gennaio 1998 la sua mandante è assicurata presso l'assicuratore _____. Di conseguenza, verso la _____ è in debito con i premi assicurativi fino alla fine del mese di dicembre 1997. Come può desumere dall'allegato estratto conto, per la sua mandante sono ancora scoperti dei premi assicurativi per un totale di fr. 6'823.50 (da gennaio 1996 a luglio 1997 con responsabilità solidale: fr. 5'700; da agosto a dicembre 1997: fr. 1'123.50). Questi arretrati sono da saldare entro 20 giorni a partire dalla ricezione della lettera presente tramite le polizze di versamento allegate. In caso di mancanza del pagamento la _____ sarebbe costretta ad iniziare subito la procedura esecutiva contro la sua mandante. Come le abbiamo già comunicato telefonicamente, l'assunzione dei premi scoperti tramite il Canton Ticino avviene soltanto se per tutti e due i coniugi esiste un attestato di carenza beni. La preghiamo pertanto di scusarci per i ritardi da parte nostra. A questo proposito tuttavia le facciamo notare che la sua mandante non ci aveva informato direttamente né del fatto dell'annullamento della responsabilità solidale, né del cambiamento di domicilio." (Doc. _) In data 4 giugno 2002 la _____ ha poi indirizzato a _____ il seguente scritto: " Siamo spiacenti di dover constatare che malgrado il nostro avviso il seguente importo risulta tuttora scoperto: Premi LAMal 1.1.1997-31.7.1997 (solidale con _____) Fr. 3'586.80 Premi LAMal 1.8.1997-31.12.1997 Fr. 1'123.50 Tassa diffida Fr. 20.00 Totale arretrato Fr. 4'730.30

Nel caso in cui la somma arretrata non venisse saldata interamente entro 14 giorni dall'invio di questa diffida, le conseguenze di mora menzionate nella prossima pagina entreranno in vigore." (Doc. _) _____ non ha versato alla Cassa malati quanto richiestole, motivo per il quale in data 7 agosto 2002 la _____ ha fatto spiccare dall'UE di _____ un precetto esecutivo di fr. 4'730.30 (cfr. doc. _), contro il quale l'assicurata ha fatto opposizione. In data 16 agosto 2002 la _____ ha poi emanato la decisione con la quale ha abrogato l'opposizione dell'assicurata al PE del 7 agosto 2002 (cfr. doc. _). Riguardo a quanto precede, questo Tribunale deve censurare l'operato della Cassa malati _____, la quale ha omesso di emanare, come richiestole espressamente da _____ in data 16 marzo 2000 (cfr. doc. _), una decisione formale entro trenta giorni dalla richiesta ex art. 80 LAMal, lasciando trascorrere degli anni prima di emanare, in data 16 agosto 2002, una decisione munita dei rimedi di diritto (cfr. doc. _) e poi, dopo l'opposizione del 18 settembre 2002 dell'assicurata (cfr. doc. _), la decisione su opposizione datata 6 novembre 2002 oggetto della presente controversia (cfr. doc. _). In concreto

_____ e _____ si sono sposati il _____ 1976 (cfr. doc. _). L'affiliazione alla Cassa malati _____ da parte di _____ è durata, come già stabilito dal TCA nella sentenza del 25 maggio 1999, passata in giudicato (incarto _____, cfr. doc. _) - sentenza integralmente confermata dal TFA con sentenza del 15 settembre 2000 (K 81/99, cfr. doc. _) - fino al 31 dicembre 1997. I coniugi vivono separati dall'agosto 1997 (cfr. doc. _): come già stabilito dal TCA nella sentenza del 25 maggio 1999, passata in giudicato (cfr. incarto _____), infatti, la vita in comune fra _____ e _____ è durata fino - al più tardi - al mese di agosto 1997 (cfr. convenzione sulle conseguenze accessorie della separazione stipulata il 4 agosto 1997, prodotta sub doc. _). Riguardo all'obbligo di _____ di saldare i premi dell'assicurazione malattia di base della moglie _____ e della figlia _____, stabilito dal TCA con sentenza del 25 maggio 1999, il TFA, con sentenza del 15 settembre 2000, ha osservato che: " (...) la precedente istanza ha rilevato in modo esatto che il ricorrente (vale a dire _____, n.d.r.), aveva omesso di comunicare senza indugio alla Cassa, malgrado una convenzione sulle conseguenze accessorie della separazione tra i coniugi _____ fosse stata stipulata il 4 agosto 1997 e benché nella stessa convenzione fosse stata prevista l'attribuzione alla madre dell'autorità parentale sulla figlia, le avvenute modifiche della sua situazione personale riguardo al rapporto assicurativo. In tali circostanze _____ era rimasto debitore della Cassa di un importo di fr. 6'415.20, corrispondente ai premi dovuti per se stesso, nonché per la moglie _____ e per la figlia _____, afferenti all'assicurazione delle cure medico-sanitarie per i mesi da luglio 1997 a giugno 1998. (...) Per quanto concerne poi l'obbligo di _____ di comunicare alla Cassa le avvenute modifiche della propria situazione personale, dev'essere rilevato, come a ragione ha sottolineato la medesima nella risposta del 5 luglio 2000, che detta nuova situazione familiare era intervenuta nell'agosto 1997, epoca in cui _____ era e doveva in ogni modo reputarsi assicurato presso la _____. Ne discende che egli avrebbe dovuto agire senza indugio già nell'anno 1997; non avendolo fatto, nulla può esimerlo dal pagamento dei premi assicurativi dovuti alla Cassa opponente per la moglie e la figlia sino a giugno 1998. (...)." (STFA del 15 settembre 2000, K 81/99) Pertanto, visto quanto precede, la Cassa malati convenuta aveva il diritto d'esigere dalla ricorrente l'assunzione solidale dei premi dell'assicurazione concernenti suo marito soltanto fino al mese di agosto 1997 - data in cui, al più tardi, è venuta meno la vita in comune dei coniugi - come effettivamente preteso dalla _____. I premi chiesti dalla Cassa malati in questa sede si riferiscono in parte ad un periodo precedente la separazione (e meglio dal 1° gennaio al 31 luglio 1997) ed in parte ad un periodo posteriore alla separazione (e meglio dal 1° agosto 1997 al

E. 31

dicembre 1997. Quanto all'ammontare chiesto in pagamento a _____ dalla _____, pari a fr. 4'730.30 (cfr. doc. _), esso risulta così composto: - premi arretrati impagati dal 1° gennaio 1997 al 31 luglio 1997 concernenti _____, _____ e _____, in via solidale, per un ammontare complessivo di fr. 3'586.80, ritenuto che a partire dal 1° gennaio 1997 il premio mensile a carico dei coniugi era di fr. 224.70 ciascuno e quello della figlia _____, nata nel 1988, corrispondeva a fr. 63.00 (cfr. doc. _); - premi arretrati impagati dal 1° agosto 1997 al 31 dicembre 1997 concernenti _____, per un ammontare complessivo di fr. 1'123.50, ritenuto che a partire dal 1° agosto 1997 il premio mensile a carico dell'assicurata era di fr. 224.70 (cfr. doc. _); - fr. 20 di tasse di diffida (cfr. doc. _) di cui si dirà in seguito (cfr. consid. 2.9.). 2.8. _____ ha inoltre osservato che i premi arretrati relativi al periodo compreso fra il 1° agosto 1997 e il 31

dicembre 1997 vanno compensati con il credito vantato dall'assicurata nei confronti della Cassa malati. L'assicurata ha infatti rilevato che nel 2000 il suo ex marito le ha comunicato che la _____ non aveva più proceduto a rimborsare, già a partire dal 1996, le spese medico-sanitarie sostenute da _____ per tutta la famiglia (moglie _____ e figlia _____). Il credito nei confronti della _____ vantato dalla ricorrente ammonterebbe, secondo quanto indicato in sede ricorsuale, a fr. 3'150,25 per il periodo gennaio-luglio 1997 e fr. 644,80 per il periodo agosto-dicembre 1997, ammontari di cui l'assicurata ha richiesto la compensazione con i presunti debiti nei confronti della Cassa malati (cfr. doc. _). Ora, a prescindere dalle argomentazioni della ricorrente, va rilevato che il TCA, applicando una consolidata giurisprudenza del TFA, ha più volte ricordato che, di regola, l'assicurato non può compensare i propri debiti derivanti da premi e partecipazioni ai costi con crediti da lui fatti valere. La compensazione da parte degli assicurati tra i premi dovuti e le eventuali prestazioni a carico della Cassa non è possibile. Infatti, in una sentenza del 16 luglio 1984 sotto l'egida della LAMI, pubblicata in DTF 110 V 183 il TFA ha precisato che le casse malati riconosciute possono compensare prestazioni assicurative scadute con crediti di pagamento di quote arretrate. Recentemente l'Alta Corte in una sentenza del 22 ottobre 2002 nella causa B. (K 102/00) ha fissato i limiti entro i quali la compensazione da parte dell'assicuratore è possibile. In particolare i giudici federali hanno stabilito che " la giurisprudenza federale sull'ammissibilità per la Cassa malati di procedere alla compensazione va compresa nel senso che essa è possibile solo posteriormente alla messa in atto, da parte dell'assicuratore malattia, della procedura di cui all'art. 9 cpv. 1 OAMal ." Pari diritto non spetta agli assicurati. L'Alta Corte ha in particolare affermato: " 3.- Im vorliegenden Fall ist zu prüfen, ob auch der Versicherte eine Forderung der Kasse gegen ihn durch Verrechnung mit seiner eigenen Leistungsforderung tilgen kann. Kasse und Vorinstanz haben dies verneint, was die Beschwerdeführer als Rechtsungleichheit rügen. In dem in RSKV 1970 Nr. 78 S. 184 publizierten Urteil hat das Eidg. Versicherungsgericht das Recht des Versicherten zur Verrechnung gegenüber einer öffentlichen Krankenkasse verneint. Es stützte sich dabei auf Art. 125 Ziff. 3 OR, wonach Verpflichtungen gegenüber dem Gemeinwesen gegen dessen Willen nicht durch Verrechnung getilgt werden können. Da die damals betroffene öffentliche Krankenkasse als Teil einer Stadtverwaltung, somit eines Gemeinwesens, betrachtet wurde und da sich die Kasse mit der Verrechnung nicht einverstanden erklärt hatte, wurde der Verrechnungsanspruch des Versicherten verneint (Erw. 4 des zitierten Urteils). - Das in RSKV 1980 Nr. 411 S. 125 veröffentlichte Urteil hatte den Fall eines Versicherten zum Gegenstand, welcher die Verrechnung gegenüber einer Krankenkasse geltend machte, die als Genossenschaft organisiert war. Das Gericht erachtete die Verrechnung durch den Versicherten hier als zulässig, weil sich die Kasse als Genossenschaft nicht auf Art. 125 Ziff. 3 OR berufen könne (Erw. 2b des Urteils). Diese unterschiedliche Handhabung der Verrechnungsmöglichkeit, je nachdem ob die Verrechnung gegenüber einer privatrechtlich oder einer öffentlichrechtlich organisierten Krankenkasse geltend gemacht wird, vermag indessen nicht zu befriedigen. Bekanntlich weisen die Rechtsverhältnisse in einer privatrechtlich organisierten Krankenkasse sowohl zivilrechtliche als auch öffentlichrechtliche Elemente auf. Die letzteren überwiegen jedenfalls dort, wo es um die der Krankenkasse übertragene öffentliche Aufgabe geht, nämlich die Durchführung der sozialen Krankenversicherung durch Erbringung von Leistungen einerseits und deren Finanzierung durch Beiträge der Versicherten andererseits. In diesem Rahmen ist es unerheblich, ob eine Krankenkasse privatrechtlich oder öffentlichrechtlich organisiert ist.

Die Rechtsstellung des Versicherten bezüglich seines Versicherungsverhältnisses darf nicht von der Organisationsform der Kasse abhängen. Wie bereits dargelegt, ist in den meisten Sozialversicherungsgesetzen des Bundes das Verrechnungsrecht geregelt. Übereinstimmend wird dieses Recht jeweils nur der Verwaltung eingeräumt; die gesetzlichen Formulierungen schliessen ein Verrechnungsrecht des Versicherten aus. Der Grund für diese übereinstimmenden Regelungen liegt darin, dass nur die Verwaltung befugt ist, Verfügungen zu erlassen, d.h. einseitig und hoheitlich über Rechte und Pflichten der Versicherten zu befinden (vgl. Art. 5 VwVG). Hieraus ergibt sich die einseitige Zuerkennung des Verrechnungsrechtes an die Verwaltung. Das hat insbesondere auch für die Krankenversicherung zu gelten. Würde man in diesem Bereich das Verrechnungsrecht auch dem Versicherten zugestehen, so hätte es dieser in der Hand, zunächst von sich aus zu bestimmen, welche Kassenleistungen er für richtig hält, und damit die Krankenkasse zu veranlassen, eine Beitragsverfügung zu erlassen, bei der die Beiträge an sich gar nicht streitig sind, sondern eben die Leistungen. Zudem liegt es im Interesse der Vereinheitlichung des Sozialversicherungsrechts, auch in der Krankenversicherung das Recht zur Verrechnung einseitig nur den - öffentlichen und privaten - Krankenkassen einzuräumen. In diesem Sinn eist die bisherige Rechtsprechung zu ändern." (DTF 110 V 183) In una successiva sentenza del 15 giugno 1992, pubblicata in RAMI 1992, pag. 138, l'Alta Corte, in un caso concernente le indennità giornalieri, facendo riferimento alla giurisprudenza sopra indicata, ha ribadito che, pena la disattenzione del principio della mutualità e la creazione di una disparità di trattamento difficilmente ammissibile in seno alla cassa malati, solo l'assicurato che paga regolarmente le quote può pretendere prestazioni. Infine, in una sentenza del 30 aprile 1996 il TFA, riferendosi alle sopra citate decisioni, ha lasciato irrisolto il tema di sapere se al ricorrente fosse consentito di estinguere un proprio debito invocando la compensazione, considerato come il credito della cassa era ormai perento (DTF 122 V 331). La dottrina, a proposito della compensazione dei premi con le prestazioni dovute dall'assicuratore malattia, ricorda che, in mancanza di regolamentazione, la compensazione, nell'ambito della LAMI, poteva essere invocata unicamente dall'assicuratore e non dall'assicurato. Neppure la LAMal, e la relativa ordinanza, contengono disposizioni in merito. Secondo la dottrina la precedente giurisprudenza conserva la sua validità anche nel nuovo regime (Jean-Louis Duc, Non-paiement des primes de l'assurance-maladie obligatoire et suspension du droit aux prestations selon la LAMal; compensation dans le cadre de la LAMal, in Recueil de travaux en l'honneur de la Société Suisse de droit des assurances, ed. IRAL, Losanna 1997, pag. 469 e seg.). In queste circostanze, considerata la giurisprudenza applicabile in concreto e la dottrina, a mente del TCA le richieste di _____ tendenti alla compensazione dei premi scaduti con le pretese avanzate non possono trovare accoglimento (cfr. anche in tal senso STCA del 23 aprile 2002 nella causa J., 36.2001.64/66). Del resto il Regolamento Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in vigore dal 1° gennaio 1997 (art. 17.1) prevede che "la _____ può conteggiare le sue prestazioni con crediti nei confronti dell'assicurato. L'assicurato non ha nessun diritto di fare dei conteggi" (cfr. per quanto concerne la possibilità di compensare per l'assicuratore, la citata STFA del 22 ottobre 2002 nella causa B., K 102/00). 2.9. Quanto all'importo di fr. 20 di tassa di diffida richiesto in pagamento dalla Cassa malati occorre osservare quanto segue. In una sentenza del 18 giugno 1999 pubblicata in DTF 125 V 276 il TFA ha ricordato che pure sotto l'imperio della nuova LAMal un assicuratore contro le malattie può esigere il pagamento in adeguata misura delle spese di diffida così come di spese supplementari cagionate da mora

dell'assicurato al momento del versamento dei premi e della partecipazione ai costi, in quanto tali spese (alle quali si sarebbe ovviato in caso di versamento tempestivo) siano addebitabili a colpa dell'interessato e le disposizioni generali sui diritti e gli obblighi degli assicurati contemplino una regolamentazione al riguardo. Il TFA ha in particolare precisato: " Im gegensatz zu Art. 1 Abs. 2 KUVG, wonach sich die Krankenkassen nach ihrem Gutfinden einrichteten, soweit das Gesetz keine entgegesehenden Vorschriften enthielt, fehlt im neuen Recht ein entsprechender Hinweis auf eine Autonomie der Versicherer. Das Gesetzmässigkeitprinzip hat das Autonomieprinzip abgelöst, indem das KVG die Krankenpflegeversicherung in wesentlichen Bereichen vollständig und detailliert regelt (BGE 124 V 359 f. Erw 2d mit Hinweisen; zur sozialen Krankentaggeldversicherung vgl. Demgegenüber BGE 124 V 205 Erw. 3d). In Bereichen, in denen die gesetzliche Regelung nicht detailliert ist, sind kasseninterne Bestimmungen hingegen nicht von vornherein unzulässig (Maurer, Das neue Krankenversicherungsrecht, S. 9; zurückhaltender Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), Rz. 5). Davon geht auch Art. 12 Abs. 2 lit. b KVV aus, wonach die Krankenkassen dem Anerkennungsgesuch an das Bundesamt für Sozialversicherung allfällige allgemeine Bestimmungen über die Rechte und Pflichten der Versicherten beizulegen haben. Bezüglich der Erhebung von Mahngebühren beim Verzug in der Zahlung von Prämien und Kostenbeteiligungen vertritt Eugster (a.a.O., Rz 341) die Auffassung, dass autonome Regelungen der Versicherer zulässig sind, sofern die versicherte Person die (unnötigen) Kosten schuldhaft verursacht hat und die Entschädigung angemessen ist (anders bezüglich Kosten, die beim Gesetzesvollzug notwendigerweise entstehen; vgl. Hiezu auch RKUV 1992 Nr. K 891 S. 72 Erw. 2b betreffend KUVG sowie SVR 1994 BVG Nr. 18 S. 47 Erw. 4 betreffend BVG). Nachdem die Durchsetzung der finanziellen Verpflichtungen der Versicherten gegenüber den Versicherern weder gesetzlich noch verordnungsmässig ausführlich geregelt ist und die Erhebung von Mahngebühren nicht in gesetzliche Ansprüche eingreift, kann dieser Auffassung gefolgt werden. cc) Da Art. 12 Abs 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (der Kasse) ... die Erhebung von Umtriebsspesen bis zu einem Beitrag von Fr. 50.-- pro Fall bei Verletzung der Mitwirkungspflichten des Versicherten (Prämieninkasso/Leistungsauszahlung) ausdrücklich vorsieht und der Beschwerdeführer mehrmals gemahnt werden musste, erging der vorinstanzliche Entscheid, soweit er die Auferlegung von Mahn- und Umtriebsspesen in der Höhe von insgesamt Fr. 70.-- schützt, zu Recht." In concreto, il Regolamento Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie della _____ in vigore a partire dal 1° gennaio 1997 prevede, al punto 20.5, che la Cassa malati ha il diritto di farsi rimborsare gli interessi di mora e le spese causate da debitori morosi, come spese per solleciti, esecuzioni, ecc. (cfr. doc. _). Per cui, nel caso di specie, anche la richiesta delle spese di diffida va confermata. L'importo richiesto appare proporzionato ed adeguato all'aggravio amministrativo. 2.10. Per quanto concerne l'incasso forzato di somme quali quelle in discussione, il TFA ha più volte dichiarato applicabile alle casse malati (DTF 121 V 109ss.; RAMI 1983, p. 294 = DTF 109 V 46; RCC 1984, p.197), la giurisprudenza secondo cui una cassa di compensazione può rigettare un'eventuale opposizione ad un P. E. con una decisione formale riferentesi precisamente all'esecuzione in corso, qualora avesse iniziato la procedura esecutiva per il recupero del credito senza prima avere formalmente deciso in merito alla propria pretesa. La Cassa malati, in tali casi, è dunque legittimata a rigettare l'opposizione ai sensi dell'art. 80 LEF. Pertanto, alla luce degli argomenti sviluppati in precedenza la decisione su opposizione del 6 novembre 2002 della _____ merita tutela. Di conseguenza

l'opposizione interposta al P.E. dell'UE di _____ n. _____ del 7 agosto 2002 di fr. 4'730.30, oltre fr. 70 di spese di precetto, è rigettata in via definitiva.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.