

TI_GERICHTE 36.2006.20 vom 14. August 2006

TI Tribunale d'appello, 2006-08-14, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2006.20

FR: TI_GERICHTE 36.2006.20 du 14 août 2006

IT: TI_GERICHTE 36.2006.20 del 14 agosto 2006

Regeste

Perenzione dei premi di cassa malati dovuti dall'ex-marito e chiesti alla moglie.

Erwägungen

E. 1

I coniugi provvedono in comune, ciascuno nella misura delle sue forze, al debito mantenimento della famiglia.

E. 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.

E. 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). 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. 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. Con sentenza del 22 luglio 2005 (K 114/03) il TFA ha confermato, al consid. 5.1 che “ sia la stipulazione di un contratto d’assicurazione malattia obbligatoria sia il cambiamento dell’assicuratore fanno parte della categoria dei bisogni correnti della famiglia ai sensi dell’art. 166 cpv. 1 CC, atteso altresì che i coniugi rispondono solidalmente per il pagamento dei premi assicurativi indipendentemente dal tipo di regime matrimoniale scelto (DTF 129 V 90 consid. 2, con riferimenti di giurisprudenza e dottrina; cfr. pure Hasenböhler, Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, Zivilgesetzbuch I, n. 7 all’art. 166) ”. In quell’occasione l’Alta Corte ha inoltre stabilito che “ con la cessazione della vita comune termina anche la comunanza di intenti ("Nutzungsgemeinschaft") vigente in regime di comunione domestica, che costituisce il presupposto necessario per la responsabilità solidale. Il potere di rappresentanza giusta l’art. 166 CC rimane in stato di latenza finché la vita comune è sospesa (DTF 119 V 21 consid. 4a-b; Hasenböhler, op. cit., n. 22 all’art. 166). Detto altrimenti, con l’assenza di vita comune dei coniugi viene a mancare, per ciascuna componente, il potere di rappresentanza dell’unione coniugale e, di conseguenza, non può dar luogo a solidarietà. Il potere di rappresentanza dell’unione coniugale, con il corollario della responsabilità solidale del coniuge ex art. 166 cpv. 3 CC , è pertanto pienamente operante solo se le parti vivono in unione domestica e non anche durante un periodo di separazione, anche solo di fatto, come nel caso di specie. Determinante ai fini della responsabilità solidale del coniuge è infatti che gli interessati abbiano una vita comune (RAMI 2004 no. KV 278 pag. 149). Nella già citata DTF 129 V 90 questa Corte ha modificato la propria giurisprudenza precisando che un coniuge risponde solidalmente 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 .” Nel caso concreto non è contestato che la ricorrente e il suo ex-marito si sono separati di fatto nel dicembre 1999. Per cui, indipendentemente dal regime matrimoniale scelto, di principio, la decisione della Cassa di chiedere alla moglie gli importi relativi ai premi e alle partecipazioni ai costi lasciati scoperti dall’ex-marito da gennaio 1997 a novembre 1999 è corretta (cfr. anche STCA del 1. febbraio 2006, inc. 36.2005.125). 2.4. La ricorrente contesta tuttavia di dovere alcunché, poiché il 20 febbraio 2000 l’assicuratore avrebbe rinunciato, in maniera vincolante, ad ogni ed ulteriore pregressa pretesa nei suoi confronti. L’insorgente fa riferimento ad uno scritto nel quale la Cassa malati ha accolto una richiesta dell’interessata volta a pagare mensilmente l’importo rimasto insoluto dei suoi premi dovuti nel 1999. In quell’occasione l’assicuratore ha affermato, tra l’altro che, “ le confermiamo di accettare un pagamento rateale a saldo dei premi scoperti per l’anno 1999. ” (doc. A7). Da tale frase l’interessata vorrebbe far derivare una rinuncia vincolante dell’assicuratore ad ogni premio dovuto negli anni precedenti da lei e dal suo ex marito. Essa fa in particolare valere che in tale scritto nulla è stato detto a proposito dei premi ancora scoperti dovuti dal marito, né che poteva essere ritenuta responsabile per il pagamento di tali importi, né ha ricevuto solleciti o comunicazioni in merito a pregressi debiti del suo ex consorte. L’interessata sostiene che vi sarebbe una violazione del principio della buona fede, sia perché aveva creduto che con il pagamento del saldo del 1999 l’assicuratore non avrebbe più potuto vantare alcuna pretesa nei suoi confronti, sia perché solo nel 2004 è stata informata del suo obbligo di pagare gli arretrati del marito. L’agire della Cassa sarebbe inoltre in contrasto con l’art. 27 cpv. 1 LPG, per il quale gli assicuratori e gli organi esecutivi delle singole assicurazioni sociali,

nei limiti delle loro competenze, sono tenuti ad informare le persone interessate dei loro diritti e dei loro obblighi. Senonché, a proposito di quest'ultimo disposto, va rammentato che esso è entrato in vigore il 1° gennaio 2003 e che da un punto di vista temporale sono di principio determinanti le norme sostanziali in vigore al momento in cui si realizza la fattispecie che deve essere valutata giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (SVR 2003 IV Nr. 25 pag. 76 consid. 1.2; DTF 129 V 4 consid. 1.4; DTF 127 V 467 consid. 1, DTF 126 V 136 consid. 4b; DTF 121 V 366 consid. 1b; STFA dell'11 gennaio 2005 nella causa G.T. SA, H 257/03 consid. 2.1 pag. 3; STFA del 9 gennaio 2003 nella causa A., P 76/01, consid. 1.3 pag. 4). Per cui, all'epoca dello scritto del 20 febbraio 2000, l'amministrazione non aveva alcun obbligo di informare ex art. 27 LPGA. Ancora con sentenza del 27 dicembre 2004 nella causa R., H 160/03, l'Alta Corte, in un caso che concerneva una fattispecie giudicata sulla base del diritto vigente prima dell'entrata in vigore della LPGA, ha affermato che " per quel che concerne poi il principio dell'affidamento, l'autorità giudiziaria cantonale ha rettamete precisato come la tutela della buona fede possa essere invocata solo in presenza di una informazione errata, e non già anche in caso di carente informazione ." Per cui dalla nuova norma l'interessata non può far derivare alcun diritto. Va poi ricordato che il principio generale della buona fede, sancito dall'art. 9 Cost., permette al cittadino di esigere che l'autorità rispetti le proprie promesse e che essa eviti di contraddirsi. Così un'informazione o una decisione erronea possono obbligare l'amministrazione a consentire ad un assicurato un vantaggio contrario alla legge. Tuttavia, secondo la giurisprudenza di regola un'informazione erronea è vincolante quando l'autorità, intervenendo in una situazione concreta nei confronti di persone determinate, era competente a rilasciarla, il cittadino non poteva riconoscerne l'inesattezza e, sempre che l'ordinamento legale non sia mutato nel frattempo, fidandosi dell'informazione ricevuta egli abbia preso delle disposizioni non reversibili senza pregiudizio (DTF 127 I 36 consid. 3a, 126 II 387 consid. 3a; RAMI 2000 no. KV 126 pag. 223, no. KV 133 pag. 291 consid. 2a; cfr., riguardo al previgente art. 4 cpv. 1 vCost., la cui giurisprudenza si applica anche alla nuova norma, DTF 121 V 66 consid. 2a e sentenze ivi citate). In concreto l'assicuratore non ha dato alcuna informazione erronea, limitandosi, con lo scritto del 20 febbraio 2000, ad informare l'interessata che con il pagamento rateale di quanto richiestole, avrebbe estinto il debito per i suoi premi personali dovuti nel 1999. Ogni altra interpretazione non trova riscontro nel chiaro tenore letterale dello scritto in esame. La censura della violazione del principio della buona fede va respinta. 2.5. La ricorrente fa poi valere la perenzione dei premi e delle partecipazioni ai costi dovuti dal 1997 al 1998, ritenendo che la domanda di esecuzione del 2001 fatta spiccare nei confronti dell'ex-marito non possa interrompere la prescrizione poiché non sarebbe applicabile l'art. 136 CO citato dalla convenuta, secondo il quale " l'interruzione rimpetto ad un debitore solidale o ad un condebitore d'una prestazione indivisibile vale anche in confronto degli altri condebitori. " L'insorgente sostiene che, in mancanza di indicazioni precise nelle condizioni generali dell'assicuratore, va applicato per analogia l'art. 16 LAVS, che prevede una perenzione di 5 anni dalla fine dell'anno per il quale i contributi sono dovuti. Poiché la Cassa ha chiesto all'interessata il pagamento delle prestazioni solo nel corso del 2004, i premi dal 1997 al 1998 sono perenti. La Cassa, in sede di risposta, dopo aver ammesso che i premi dovuti dalla moglie nel gennaio e febbraio 1997 sono perenti, ha rilevato che la prima domanda di esecuzione per i premi arretrati dovuti dal marito è del 15 maggio 2001 (l'attestato di carenza beni è del 20 settembre 2001). Questa domanda sarebbe da assimilare ad una decisione ai sensi dell'art. 5 cpv. 1 PA e sarebbe opponibile anche a terzi. La Cassa, a questo proposito, cita Kieser,

ATSG Kommentar, ad art. 24, p. 271, N. 20, il quale afferma che “ Mit dem Erlass einer Beitragsverfügung wird die Verwirkung ein für allemal ausgeschlossen, und zwar auch dann, wenn die Verfügung in der Folge gerichtlich oder wieder erwägungsweise aufgehoben und durch eine neue ersetzt wird. ” 2.6. A proposito dell'applicazione delle norme del CO oppure dell'art. 16 LAVS, 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 Hermes. 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 Hermes ha fatto spiccare il contestato precetto esecutivo del 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. Con sentenza del 17 giugno 2003 nella causa V., K 82/02, il TFA ha ribadito quanto indicato in precedenza, affermando: "

E. 4

Constatato che gli statuti e le condizioni generali della Visana applicabili nel 1994 non contenevano alcuna norma sulla perenzione dei premi - il fatto non è contestato - , la Corte

cantonale ha dichiarato perenti i crediti relativi ai premi e alle partecipazioni ai costi dovuti nell'anno in questione, in quanto il provvedimento formale con cui l'assicuratore malattia ne aveva chiesto il pagamento risale all'11 maggio 2001, mentre i precetti esecutivi non potevano essere assimilati a decisioni ai sensi dell'art. 16 LAVS. Dal canto suo la Visana, nel ricorso di diritto amministrativo, sostiene che nell'assicurazione malattia non è di principio necessaria, contrariamente a quanto previsto nell'AVS, l'emanazione di una decisione formale. Di conseguenza la domanda di esecuzione del 13 luglio 1998 e i precedenti sollecciti permetterebbero di salvaguardare il termine di perenzione. Contrariamente a quanto affermato nella risposta al ricorso dall'intimato, la ricorrente non ha invece preteso che gli atti esecutivi da lei promossi avrebbero interrotto il termine, non essendo contestato che si tratta di un termine di perenzione e non di prescrizione.

E. 4.1

Correttamente il Tribunale di prime cure ha evidenziato che, vigente la LAMI, non contenendo la medesima legge disposizioni disciplinanti la prescrizione dei crediti relativi ai premi assicurativi, questa Corte applicava l'art. 16 LAVS per analogia, se neppure gli statuti prevedevano alcunché (DTF 122 V 333 consid. 3a), e non l'art. 128 CO, come sostenuto dall'assicurata. Pure giustamente la Corte cantonale ha ritenuto applicabile questa giurisprudenza anche alla LAMal (si veda pure RAMI 2005 no. KV 320 pag. 85 consid. 2.1; Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, pag. 185 cifra marg. 340). Ora, l'art. 16 cpv. 1 prima frase LAVS prevede in particolare che 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. Contrariamente al testo letterale della norma si tratta di un termine di perenzione e non di prescrizione (DTF 117 V 208). Nella sentenza del 17 giugno 2003 in re V. (K 82/02) questa Corte ha precisato che l'art. 16 LAVS va applicato per analogia - non direttamente - alla LAMI e che quindi si deve senz'altro tener conto delle peculiarità di questa legge e delle differenze rilevanti rispetto alla LAVS, segnatamente del fatto che nell'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 nel settore dell'assicurazione malattia (cfr. art. 30 LAMI e art. 80 LAMal), concludendo non essere pertanto necessario emanare una decisione formale per salvaguardare il termine di perenzione (consid. 5.2 e 5.3).

E. 4.2

Constatato che gli statuti e le condizioni generali della Concordia, applicabili nel 1997, non contenevano disposizioni sulla perenzione dei premi, la Corte cantonale ha - a ragione - dichiarato non essere perenti i crediti relativi ai premi dovuti da gennaio a luglio 1997, in quanto il provvedimento formale con cui l'assicuratore malattia ne aveva chiesto il pagamento risale al 16 agosto 2002. La richiesta di pagamento era pertanto stata presentata entro cinque anni dalla fine dell'anno civile per il quale erano dovuti.

E. 4.3

A proposito della richiesta dell'assicurata di tener conto di una perenzione mensile e non annuale va rilevato che il testo dell'art. 16 LAVS è chiaro, esprimendosi in termini di "cinque anni dalla fine dell'anno civile per il quale sono dovuti", e quindi non necessita di essere interpretato. Inoltre, contrariamente a quanto affermato da questa Corte in relazione alla necessità o meno di far valere la richiesta di premi tramite una decisione formale per

salvaguardare il termine di perenzione, per quel che concerne il loro pagamento non si ravvisano differenze particolari o sostanziali tra assicurazione vecchiaia e superstiti e assicurazione malattia tali da giustificare l'applicazione di una perenzione mensile e non annua. Pure i contributi AVS vengono infatti di regola pagati mensilmente oppure trimestralmente, in quanto dedotti dal salario (cfr. art. 34 OAVS). La durata dell'assicurazione malattia poi non è mensile né annuale ma dipende di principio dall'esistenza o meno di alcune condizioni, quali il domicilio, l'esercizio di un'attività o la dimora abituale in Svizzera (art. 3 cpv. 1 e cpv. 3 lett. a LAMal) oppure l'esercizio di un'attività lavorativa all'estero per conto di un datore di lavoro con sede in Svizzera (art. 3 cpv. 3 lett. b LAMal; a proposito della possibilità di disdire il contratto, v. art. 7 LAMal). Inoltre, l'ammontare dei premi LAMal è, come quello dei contributi AVS, fissato annualmente (DTF 124 V 338 consid. 2c; art. 22 e 28 OAVS). A sostegno della tesi esposta è utile confrontare anche il tenore dell'art. 24 cpv. 1 LPGA, secondo cui il diritto a prestazioni o contributi arretrati si estingue cinque anni dopo la fine del mese per cui era dovuta la prestazione e cinque anni dopo lo scadere dell'anno civile per cui il contributo doveva essere pagato. Anche giusta la nuova legge quindi la perenzione è annuale per i contributi (cfr. Kieser, ATSG-Kommentar, Zurigo/Basilea/Ginevra 2003, n. 18-20 e 25 all'art. 24; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, 3a ed., Berna 2003, pag. 27 n. 24).

E. 4.4

In ogni caso la questione posta dalla ricorrente può restare irrisolta poiché, anche seguendo la sua tesi, i premi non risultano perenti. Dagli atti risulta infatti che la richiesta degli stessi era già avvenuta nel corso del mese di novembre 2000.” (sottolineature del redattore) 2.7. Come visto 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. Con l'entrata in vigore della LPGA, l'art. 24 cpv. 1 prevede che il diritto a prestazioni o contributi arretrati si estingue cinque anni dopo la fine del mese per cui era dovuta la prestazione e cinque anni dopo lo scadere dell'anno civile per cui il contributo doveva essere pagato. Come rileva anche Kieser in ATSG Kommentar, Basilea Zurigo Ginevra 2003, pag. 274 n. 28 ad art. 24: " Für die Verwirkung der Prämienforderung war nach der bisherigen Rechtsprechung Art. 16 AHVG sinngemäss anwendbar (vgl. BGE 122 V 333); mit dem Inkrafttreten des ATSG ist Art. 24 Abs. 1 ATSG anzuwenden, wobei sich keine materielle Änderung ergibt. Die Verwirkung des Anspruchs auf Leistungen war im bisherigen Recht nicht ausdrücklich geregelt (vgl. dazu SVR 2002 KV Nr. 18; Eugster, Krankenversicherung, Rz. 221). Mit Art. 24 Abs. 1 ATSG wird die fünfjährige Nachzahlungsfrist anwendbar, wobei zu beachten ist, dass diese erst mit dem Zeitpunkt der Fälligkeit einsetzt; dieser entspricht nicht dem Behandlungszeitpunkt, in welchem der Kostenerstattungsanspruch entsteht (vgl. dazu auch Rz. 12). (sottolineature del redattore)“ In concreto le parti sono concordi nell'affermare che dalle CGA e dai regolamenti sui premi dell'assicuratore non emerge alcuna norma afferente

alla prescrizione o alla perenzione dell'esigibilità dei premi. In queste circostanze va applicato per analogia l'art. 16 LAVS, sostituito, dal 1.1.2003, per quanto concerne la LAMal, dall'art. 24 cpv. 1 LPGa. Può qui rimanere aperta la questione a sapere quale delle due norme va applicata, considerato che entrambe prevedono lo stesso termine di perenzione (cfr. Kieser, ATSG Kommentar, Basilea Zurigo Ginevra 2003, pag. 274 n. 28 ad art. 24). Come visto in precedenza, dagli atti emerge che la Cassa ha chiesto alla ricorrente il pagamento degli arretrati per la prima volta nel corso del 2004. Di per sé i premi dovuti anteriormente al 1999 sono perenti essendo trascorsi 5 anni dalla fine dell'anno civile per il quale sono dovuti. La convenuta sostiene tuttavia che la domanda di esecuzione fatta spiccare nei confronti del marito nel 2001 sarebbe sufficiente ad interrompere la perenzione anche nei confronti della moglie, debitrice solidale. A torto. Infatti, se è vero che, come rileva Kieser, nell'ambito dell'AVS, con l'emanazione di una decisione di fissazione dei contributi la perenzione è, per sempre, esclusa, anche se la decisione viene poi annullata da un giudice o riesaminata e sostituita da un'altra (cfr. anche Greber, Duc, Scartazzini, Commentaire des articles 1 à 16 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, Basilea 1997, n. 9 segg. ad art. 16, pag. 409 seg.), è altrettanto vero che ciò vale nella misura in cui, debitore dei contributi, è la stessa persona. Per esempio quando una cassa di compensazione fissa l'importo dei contributi dovuti da un dipendente e il giudice delle assicurazioni sociali, adito dall'assicurato, stabilisce che l'incanto va rinviato alla Cassa per nuovi accertamenti atti a stabilire se l'interessato non vada piuttosto qualificato quale indipendente, per l'importo fissato nella decisione impugnata non c'è comunque perenzione. Per contro, se il debitore del contributo cambia, la perenzione interviene. Ad esempio il termine di perenzione non è salvaguardato se i contributi sono stati chiesti, tempestivamente, al coniuge (cfr. Greber, Duc, Scartazzini, Commentaire des articles 1 à 16 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, Basilea 1997, n. 9 segg. Ad art. 16, pag. 410 seg., RCC 1965, p. 36). Infatti (cfr. anche la STFA del 19 novembre 2001 nella causa Z. (H 272/01) i contributi versati a nome di uno dei coniugi ed iscritti nel proprio conto individuale non possono più essere trasferiti, dopo il termine di cinque anni della perenzione giusta l'art. 16 cpv. 1 LAVS, nel conto dell'altro coniuge, a meno che si tratti di un errore di registrazione ai sensi dell'art. 141 cpv. 3 OAVS. Del resto, per salvaguardare il termine di perenzione è necessario che la decisione (in ambito di assicurazione malattia la comunicazione), non solo sia stata depositata in posta, ma sia anche stata consegnata alla persona tenuta a pagare i contributi (cfr. Greber, Duc, Scartazzini, Commentaire des articles 1 à 16 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, Basilea 1997, n. 9 segg. ad art. 16, pag. 409 seg.) entro il termine di 5 anni. La decisione deve essere notificata, entro il termine di prescrizione, al debitore dei contributi. Non basta che sia impostata entro il termine (DTF 103 V 63, Pratique VSI 1996 pag. 136 segg. e pag. 299; P. Y. Greber, J. - L. Duc, G. Scartazzini, op. cit., n. 9 ad art. 16, pag. 409; direttive UFAS (DRC), marg. 4030). In concreto, a mente del TCA, decisiva è la circostanza che la Cassa nel 2001 si è limitata ad avviare una procedura esecutiva nei confronti dell'ex-marito della ricorrente, senza comunicare a quest'ultima, anche solo tramite semplice lettera, gli arretrati che avrebbe potuto essere chiamata a pagare in assenza di pagamento da parte dell'ex-coniuge. Poiché la comunicazione nei suoi confronti è intervenuta unicamente nel corso del 2004, i premi e le partecipazioni ai costi anteriori al 1999, in virtù dell'art. 16 LAVS (ed anche dell'art. 24 LPGa) sono perenti. Ne discende che l'interessata deve solo un importo di fr. 3'163.50 (fr. 230.90 X 11 [premi 1999] + due partecipazioni ai costi del 1999: 359.90 + 263.70; cfr. decisione su opposizione, pag. 5, doc. 17). 2.8. La Cassa chiede anche un importo di 50 di

spese di sollecito e fr. 300 per spese amministrative. 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. Nel caso di specie il regolamento dell'assicuratore, all'art. _____ della CGA prevede che " i costi per una procedura d'incasso per via esecutiva e altre spese, sono addebitati all'assicurato in mora. Nel caso di una sollecitazione o di una procedura esecutiva, è richiesto un indennizzo per lavori amministrativi" . Con sentenza del 30 gennaio 2003 nella causa T. (inc. 36.2002.80) questo Tribunale aveva giudicato eccessivo l'ammontare di fr. 140 per rapporto ad un debito di fr. 523.90 e l'ha ridotto a fr. 80. Anche l'importo di fr. 300 appare eccessivo rispetto all'importo che la Cassa può chiedere all'assicurata, tenuto conto tra l'altro della riduzione dell'ammontare riconosciuto da questo Tribunale da fr. 8'228.80 a fr. 3'163.50. Un importo di fr. 150 appare più equo. Questo importo non va confuso con le spese esecutive vere e proprie che non formano oggetto della sentenza di rigetto, ma seguono le sorti dell'esecuzione per la quale è stato concesso il rigetto (STFA del 22 luglio 2005 nella causa L., K 114/03; STCA del 14 settembre 2004 nella causa H., 36.2004.79; RAMI 2003 no. KV 251 pag. 226 consid. 4; SZS 2001 pag. 568 consid. 5 con riferimenti; Panchaud/Caprez, La mainlevée de l'opposition, §164, pag. 414; K. Ammon, Grundriss des Schuldbetreibungs-und konkursrechts, Berna 1983, p. 106). Non essendo oggetto della procedura di rigetto dell'opposizione, sull'importo relativo a queste spese non è ammissibile pronunciare il rigetto (STFA del 22 luglio 2005 nella causa L., K 114/03, STFA del 26 agosto 2004 nella causa M., K 68/04 e del 18 giugno 2004 nella causa B., K 144/03). Infine, circa 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 PE con una decisione formale riferentesi precisamente all'esecuzione in corso, qualora avesse iniziato la procedura esecutiva per il recupero del credito senza prima aver 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. 2.9. Alla luce di tutto quanto sopra esposto il ricorso va parzialmente accolto. La decisione va modificata nel senso che l'assicurata è condannata a versare un importo di fr. 3'163.50, cui vanno aggiunti fr. 50 di spese di sollecito e fr. 150 per spese amministrative. L'opposizione al PE n. _____ del _____ dell' _____ di _____ è rigettata limitatamente a fr. 3'363.50 (doc. 21). Alla ricorrente, rappresentata da un avvocato, vanno assegnate le ripetibili (art. 61 lett. g LPG). 2.10. L'insorgente nel proprio ricorso fa un generico riferimento all'assunzione delle prove (documenti, testi, interrogatorio formale) oltre al richiamo dall'assicuratore dell'intero incarto riferito alla ricorrente. Il TCA ritiene che la documentazione prodotta dalle parti, in particolare l'incarto della Cassa, nonché gli atti allegati dall'insorgente al proprio ricorso, sia sufficiente a decidere nel merito della vertenza e rinuncia pertanto all'assunzione di ulteriori prove. Conformemente alla costante giurisprudenza, qualora l'istruttoria da effettuare d'ufficio conduca l'amministrazione o il giudice, in base ad un apprezzamento coscienzioso delle prove, alla convinzione che la probabilità di determinati

fatti deve essere considerata predominante e che altri provvedimenti probatori non potrebbero modificare il risultato, si rinuncerà ad assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA del 29 giugno 2006 nella causa J., H 97/04; STFA dell'11 gennaio 2002 nella causa C., H 103/01; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti).

E. 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.

E. 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.

E. 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 delle 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 tien conto cioè di quanto previsto in ambito LAINF e della soluzione prevista dalla LPGA. Le censure sollevate dalla Visana appaiono quindi fondate.

E. 6

In concreto va quindi esaminato se la Visana 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 come 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 è non stata fatta opposizione, presso il recapito di P._____. 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). In proposito dev'essere aggiunto che irrilevante è il fatto che l'esecuzione fondata sul precetto esecutivo notificato il 3 agosto 1998 non abbia potuto essere proseguita per carenza di domicilio. In effetti la domanda di esecuzione del 13 luglio 1998 è stata notificata al recapito indicato all'assicuratore malattia il 26 aprile 1999 dall'Ufficio di esecuzione di Y._____, a sua volta informato dall'Ufficio controllo abitanti. Inoltre il precetto non è stato respinto al momento della consegna. Va pertanto considerato provato, con il grado della verosimiglianza preponderante (DTF 124 V 402 consid. 2b), che il documento è stato notificato correttamente e, meglio, presso il luogo di residenza dell'assicurato, in cui egli aveva la possibilità di prenderne conoscenza, irrilevante essendo il fatto che conoscesse effettivamente il contenuto (DTF 119 V 95 consid. 4c). Del resto dagli atti non risulta che abbia contestato di aver ricevuto il citato precetto. Pure il fatto che agli atti non sono stati prodotti fatture o solleciti, che la Visana sostiene di aver trasmesso, è privo di rilievo. In effetti l'intimato non ha mai contestato il proprio obbligo di dover pagare i premi dell'assicurazione malattia alla Visana né di non aver ricevuto fatture e solleciti." In data 22 luglio 2005 nella causa L, K 114/03, l'Alta Corte ha ribadito: "