Eidgenössisches Versicherungsgericht
Tribunale federale delle assicurazioni
Tribunal federal d'assicuranzas

Corte delle assicurazioni sociali
del Tribunale federale

Causa
{T 7}
K 114/03

Sentenza del 22 luglio 2005
Ia Camera

Composizione
Giudici federali Borella, Presidente, Leuzinger, Schön, Ursprung e Buerki Moreni, supplente; Schäuble, cancelliere
Composizione

Parti
L._____, ricorrente,

contro

Concordia Assicurazione svizzera malattie e infortuni, Bundesplatz 15, 6002 Lucerna, opponente

Istanza precedente
Tribunale cantonale delle assicurazioni, Lugano

(Giudizio del 5 agosto 2003)

Fatti:
A.
A.a A._____ e L._____ si sono uniti in matrimonio nel 1976. Dalla loro unione sono nati i figli D._____, 1971, e V._____, 1988. A partire dal 1990 la famiglia era assicurata contro le malattie presso la Cassa malati Concordia.

Il 12 gennaio 1996 il Pretore di O._____-Campagna, preso atto che le relazioni coniugali erano profondamente turbate e che gli interessati non convivevano da oltre due anni, ha dichiarato decaduto l'esperimento di conciliazione e autorizzato i coniugi a vivere separati. In data 4 agosto 1997 A._____ e L._____ hanno sottoscritto una convenzione sugli effetti accessori della separazione, che è stata omologata dal Pretore competente con giudizio del 4 febbraio 1998, contestualmente alla pronuncia di separazione per tempo indeterminato. La sentenza di divorzio è stata emanata il 12 settembre 2000.
A.b Nel corso del 2002 la Cassa malati si è vista costretta a procedere in via esecutiva, nei confronti di L._____, al fine di ottenere il pagamento dei premi dovuti dai coniugi dal 1°gennaio al 31 luglio 1997, nonché dei premi personali dovuti dal 1°agosto al 31 dicembre 1997. Essendo le richieste rimaste inevase, in data 16 agosto 2002 l'assicuratore malattia ha preteso dall'assicurata, tramite l'emanazione di una decisione, il pagamento di fr. 4'730.30 (tasse di diffida per fr. 20.- incluse).

A seguito dell'opposizione interposta dall'interessata, secondo cui essa non avrebbe avuto alcun obbligo contributivo per quel che concerneva i premi dovuti dal marito, vivendo separata da tempo, la Concordia, con provvedimento del 6 novembre 2002, ha confermato la precedente decisione.
B.

L._____ ha deferito il provvedimento con gravame al Tribunale delle assicurazioni del Cantone Ticino sostenendo che non era stata informata della responsabilità del pagamento dei premi dovuti dal marito e che i contributi chiesti erano nel frattempo prescritti. Postulava inoltre che l'importo fosse compensato con un credito per prestazioni non versate dalla convenuta pari a fr. 644.80.

Per giudizio del 5 agosto 2003 la Corte cantonale ha respinto il gravame, rigettando in via definitiva l'opposizione interposta da L._____ al precetto esecutivo n. X._____del 7 agosto 2002 per l'importo di fr. 4'730.30, oltre a spese esecutive per fr. 70.-. Secondo il primo giudice la responsabilità solidale tra i coniugi risultava infatti decaduta solo dall'agosto 1997, i premi non erano prescritti, mentre alla luce della giurisprudenza federale la compensazione da parte dell'assicurato non era ammissibile.
C.
Contro questa pronunzia L._____ interpone ricorso di diritto amministrativo al Tribunale federale delle assicurazioni chiedendo in via principale l'accertamento dell'intervenuta perenzione dei premi pretesi per il periodo da gennaio a luglio 1997 e della legittimità della compensazione di parte dei premi dovuti da agosto a dicembre 1997 tramite il credito vantato dall'assicurata per prestazioni dovute dalla convenuta pari a fr. 644.80. In via subordinata fa valere che la vita in comune è stata sospesa già dal 16 gennaio 1996 e che pertanto non sarebbe responsabile per il pagamento dei premi dovuti dal marito da gennaio a luglio 1997, pari a fr. 1'572.90. Postula infine che le spese esecutive e di diffida siano poste a carico della Concordia. Dei motivi si dirà, se necessario, nei considerandi.

Chiamata a pronunciarsi sul gravame, la Cassa malati Concordia chiede di confermare la pronunzia cantonale, mentre l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, divisione malattia e infortuni, dal 1°gennaio 2004 integrata nell'Ufficio federale della sanità pubblica, ha rinunciato a determinarsi.

Diritto:
1.
Tema del contendere è il parziale annullamento del rigetto definitivo - pronunciato dalla Corte cantonale - dell'opposizione interposta all'esecuzione, avente per oggetto premi dell'assicurazione malattia obbligatoria nonché le spese di diffida e di esecuzione. In particolare la ricorrente si avvale, in via principale, della perenzione dei premi dovuti personalmente e dal marito dal 1°gennaio al 31 luglio 1997, mentre in via subordinata sostiene che, essendo la cessazione della vita coniugale intervenuta all'inizio del 1996, non potrebbe esservi responsabilità solidale della moglie per il pagamento dei premi dovuti dal marito per il medesimo periodo; dall'altro lato l'insorgente fa valere la compensazione dei premi dovuti personalmente dal 1°agosto al 31 dicembre 1997 con pretese vantate nei confronti della Concordia per fr. 644.80.
2.
Non trattandosi di una vertenza relativa all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni assicurative, il Tribunale federale delle assicurazioni deve limitarsi ad esaminare se il giudizio di primo grado abbia violato il diritto federale, compreso l'eccesso o l'abuso del potere d'apprezzamento, oppure se l'accertamento dei fatti sia manifestamente inesatto, incompleto o avvenuto in violazione di norme essenziali di procedura (art. 132 OG in relazione con gli art. 104 lett. a e b e 105 cpv. 2 OG).
3.
Con l'entrata in vigore, il 1°gennaio 2003, della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) del 6 ottobre 2000 sono state apportate diverse modifiche alla LAMal. Nel caso in esame, tuttavia, si applicano le disposizioni in vigore fino al 31 dicembre 2002, poiché da un punto di vista temporale sono di principio determinanti le norme in vigore al momento della realizzazione dello stato di fatto che deve essere valutato giuridicamente o che produce conseguenze giuridiche (DTF 130 V 160 consid. 5.1, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 166 consid. 4b). Per contro, per quanto attiene alle disposizioni formali della LPGA, il Tribunale federale delle assicurazioni ha già avuto modo di accertare l'assenza di una normativa specifica che regola la questione intertemporale stabilendo di conseguenza la necessità di ricorrere al principio generale secondo il quale, di regola, siffatte disposizioni entrano immediatamente in vigore (DTF 130 V 4 consid. 3.2).
4.
L'assicurata invoca in primo luogo la perenzione dei premi dovuti personalmente e per il marito da gennaio

a luglio 1997, ritenuto che l'assicurazione malattia si conclude mensilmente e non annualmente e che pure i premi vanno versati mensilmente.

La Corte cantonale, dal canto suo, in applicazione analogica dell'art. 16 LAVS, in assenza di disposizioni regolamentari della Cassa malati, ha stabilito che i premi non sarebbero perenti in quanto fatti valere entro il termine di cinque anni dalla fine dell'anno per il quale erano dovuti.
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).
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 risaliva 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.
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).
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.

Su questo punto, in quanto infondato, il ricorso va pertanto respinto.
5.
In secondo luogo va esaminato se l'assicurata è pure responsabile solidalmente con il marito per i premi da lui non versati da gennaio a luglio 1997. Essa sostiene infatti che la vita in comune è terminata, contrariamente alla tesi cantonale, ben prima dell'agosto 1997, data della sottoscrizione della convenzione sulle conseguenze accessorie della separazione.
5.1 Anzitutto, dev'essere osservato - come già rilevato giustamente dai giudici di prime cure - che il diritto delle assicurazioni sociali non disciplina la responsabilità sussidiaria di un coniuge nei confronti dell'altro. La soluzione va quindi ricercata nel diritto privato, nella misura in cui tale normativa sia compatibile con quella del diritto delle assicurazioni sociali, nel caso di specie con la LAMal (DTF 119 V 19 consid. 2c-d).

Giusta l'art. 163 cpv. 1 CC, ï coniugi provvedono in comune, ciascuno nella misura delle sue forze, al debito mantenimento della famiglia. L'art. 166 cpv. 1 CC prevede poi che ädurante la vita comune, ciascun coniuge rappresenta l'unione coniugale per i bisogni correnti della famiglia, mentre per il cpv. 3 del medesimo disposto, cön i propri atti, ciascun coniuge obbliga sé stesso e, in quanto non ecceda il potere di rappresentanza in modo riconoscibile dai terzi, solidalmente anche l'altro.

Questa Corte ha già avuto modo di evidenziare 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).

Con la cessazione della vita comune termina anche la comunanza di intenti (Ñutzungsgemeinschaft¨) 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.
5.2 A proposito della fine della vita in comune dei coniugi L._____, il Tribunale di prime cure ha ribadito quanto già stabilito in una sua precedente pronunzia del 25 maggio 1999, concernente A._____ e D._____, rispettivamente padre e figlio, ossia che la vita in comune fra i coniugi L._____ è durata fino - al più tardi - al mese di agosto 1997, epoca, questa, in cui era stata stipulata la convenzione sulle conseguenze accessorie della separazione.

Nella sentenza di questa Corte del 15 settembre 2000, emanata in seguito al ricorso presentato da A._____ contro la pronunzia del 25 maggio 1999, al tema della cessazione della vita comune è stato unicamente accen-

nato in relazione ad un'altra questione, senza tuttavia essere esaminato, in quanto non era in discussione. Tale giudizio inoltre riguardava, come s'è visto, unicamente A._____ e D._____, non anche la qui ricorrente, che non ha preso né ha potuto prendere posizione. Esso non può pertanto vincolare la Corte giudicante nella presente vertenza.
5.3
5.3.1 Un attento esame degli atti dell'incarto non permette di confermare la conclusione cui è giunto il Tribunale di prime cure circa l'istante in cui si è conclusa la vita in comune dei coniugi L._____, in quanto poggia su un accertamento manifestamente inesatto e incompleto dei fatti rilevanti.

In effetti i giudici cantonali sembrano aver confuso la data della cessazione della vita in comune con quella della stipulazione della convenzione sulle conseguenze accessorie della separazione. Tuttavia, la seconda non determina necessariamente la prima o per lo meno non nel caso concreto. In casu la conclusione cui è giunta la Corte cantonale è infatti sconfessata dagli atti. Proprio nella convenzione esaminata, come pure in quella successiva, riguardante le conseguenze del divorzio, i coniugi hanno attestato espressamente di vivere separati addirittura dal 1993, dato tra l'altro ripreso dal Tribunale cantonale nei fatti del giudizio impugnato. Inoltre nella convenzione risultano disciplinate unicamente l'attribuzione della figlia alla madre e le questioni finanziarie, non anche le modalità della separazione.

Dal verbale dell'udienza per il tentativo di conciliazione, fallito, che ha avuto luogo il 12 gennaio 1996, in cui i coniugi sono stati autorizzati dal Pretore a vivere separati secondo l'art. 145 CC vecchio tenore, risulta inoltre inequivocabilmente che entrambe le parti hanno dichiarato di vivere separate da oltre due anni e quindi presumibilmente appunto dalla fine del 1993, come indicato nelle convenzioni.

È pure inverosimile, alla luce dell'insieme degli atti, che l'assicurata abbia risieduto effettivamente a Pregassona nel 1997, come indicato dalla Cassa malati nella risposta al ricorso di diritto amministrativo. Al riguardo va in particolare rilevato che dalle fatture dei medici da lei in quell'anno consultati, l'interessata, come pure sua figlia, risultava sempre residente a Ronco sopra Ascona. La residenza ed il domicilio a R._____sono state d'altronde confermate anche dallo stesso comune di domicilio.

Del resto pure la Concordia, agenzia di O._____, contrariamente a quanto da essa sostenuto, all'inizio del mese di febbraio 1996, quindi immediatamente dopo l'udienza per il tentativo di conciliazione intervenuta il precedente 12 gennaio, durante la quale i coniugi sono stati autorizzati a vivere separati, ha trasmesso all'assicurata a R._____una proposta di cambiamento di polizza concernente proprio e soltanto madre e figlia con decorrenza dal febbraio 1996. Anche tale circostanza risulta essere un chiaro indizio per cui la vita in comune è giunta al termine perlomeno all'inizio del 1996. In caso contrario non vi sarebbe stato motivo di modificare la polizza.
5.3.2 Per quanto riguarda infine l'affermazione secondo cui la separazione non sarebbe stata notificata alla Cassa e quindi non potrebbe esserle imputata (si confronti in proposito RAMI 2004 no. KV 278 pag. 149 segg.), va rilevato che il tenore della proposta di nuova polizza trasmessa dalla Concordia, agenzia di O._____, all'assicurata, in particolare la data di invio di tale proposta (avvenuto immediatamente dopo il fallimento dell'esperimento di conciliazione) e quella della decorrenza delle nuove condizioni (febbraio 1996), così come l'indicazione delle persone interessate e, meglio, solo madre e figlia, di cui la madre avrebbe ottenuto la custodia, rendono senz'altro verosimile la tesi, secondo cui la ricorrente aveva notificato alla Cassa, più precisamente all'agenzia di O._____, gli esiti dell'esperimento di conciliazione e questa si era immediatamente adoperata per costituire una nuova polizza, adeguata alla nuova situazione familiare. Nelle circostanze concrete questo elemento non può senz'altro essere considerato del tutto casuale. Il fatto poi che il marito non abbia agito allo stesso modo è irrilevante, tale aspetto concernendolo personalmente ed avendo statuito il Tribunale federale delle assicurazioni sulla sua
personale negligenza solo con giudizio emanato nei suoi confronti (sentenza del 15 settembre 2000, K 81/99).

Visto quanto sopra si può e si deve senz'altro concludere - non vi è del resto altra spiegazione all'invio della nuova polizza, né l'intimata ha mai addotto altri motivi, inoltre di regola i premi non si modificano nel corso dell'anno e difficilmente delle assicurazioni complementari possono essere disdette durante il mese di febbraio

- che la Cassa era al corrente dell'intervenuta separazione perlomeno da gennaio 1996.

Essendo pertanto provato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali (DTF 121 V 204) che i coniugi L._____ non vivono in comunione domestica senz'altro da un periodo precedente il 1°gennaio 1997, la ricorrente non può essere considerata solidalmente responsabile per il pagamento dei premi dovuti dal marito da gennaio a luglio 1997. Su questo punto il ricorso va quindi accolto, sicché l'importo chiesto dalla Cassa si riduce di fr. 1'572.90 (fr. 224.70 X 7).
6.
6.1 Per quanto riguarda i premi dovuti da agosto a dicembre 1997 l'assicurata chiede che vengano parzialmente posti in compensazione con il credito di fr. 644.80 da lei vantato nei confronti della Cassa per prestazioni non risarcite.
6.2
6.2.1 La LAMal, così come già a suo tempo la LAMI, non disciplina espressamente l'istituto della compensazione (si veda in proposito anche 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, Losanna 1997, pag. 468-469 [di seguito: Duc, Recueil]). Secondo dottrina e giurisprudenza, tuttavia, la compensazione di due reciproche pretese rappresenta un principio generale che nel diritto civile è espressamente ancorato agli art. 120 segg. CO (DTF 110 V 185 consid. 2; sentenza del 28 giugno 2004 in re W., B 76/03, consid. 2.2.1).

Per l'art. 120 CO, quando due persone sono debitrici l'una verso l'altra di somme di denaro o di altre prestazioni della stessa specie, ciascuna di esse, purché i due crediti siano scaduti, può compensare il proprio debito col proprio credito (cpv. 1). Per il capoverso 2, il debitore può opporre la compensazione sebbene il suo credito sia contestato. Un credito prescritto può essere opposto in compensazione, se non era ancora prescritto al momento in cui poteva essere compensato coll'altro credito. (cpv. 3).

A mente dell'art. 124 CO, che disciplina gli effetti della compensazione, la stessa non vi è se non quando il debitore manifesti al creditore la sua intenzione di usare del diritto di opporla (cpv. 1). I due crediti si riterranno allora reciprocamente estinti, per le quantità corrispondenti, al momento stesso in cui divennero a vicenda compensabili (cpv. 2). Restano fermi gli usi speciali dei conti correnti commerciali (cpv. 3).

Il citato principio si applica anche nel diritto amministrativo; riservate disposizioni speciali, pretese e contropretese di cittadino e Stato possono quindi in linea di massima essere compensate. Esso vale anche nel diritto federale delle assicurazioni sociali, e ciò pure nel caso in cui non è previsto espressamente (cfr. di nuovo DTF 110 V 185 consid. 2 e sentenza del 28 giugno 2004 in re W. consid. 2.2.1).
6.2.2 In ambito LAMI era permesso procedere tramite compensazione, tuttavia solo da parte della cassa malati, al fine di compensare premi rimasti impagati con prestazioni dovute in favore dell'assicurato (DTF 110 V 183; sentenza del 22 ottobre 2002 in re B., K 102/00, consid. 2; si veda anche Kündig, Die Verrechnung im Sozialversicherungsrecht, tesi Berna 1960, pag. 89-91).

Precedentemente all'emanazione della sentenza pubblicata in DTF 110 V 183 la compensazione era considerata ammissibile per le casse malati private, mentre per quanto riguardava quelle di diritto pubblico si applicava l'art. 125 cifra 3 CO. A motivazione del cambiamento di giurisprudenza questa Corte aveva addotto che in altri ambiti delle assicurazioni sociali la compensazione era prevista espressamente, ma era ammissibile solo da parte dell'amministrazione, perché disponeva del potere decisionale. Di conseguenza, ai fini di procedere ad un'unificazione dei vari settori delle assicurazioni sociali, il Tribunale federale delle assicurazioni aveva stabilito che, anche nell'ambito dell'assicurazione malattia, le casse, sia pubbliche che private, potevano procedere alla compensazione, non tuttavia gli assicurati.

Quale ulteriore motivo a favore di questa soluzione era stato addotto il fatto che, tramite la compensazione, l'assicurato avrebbe potuto determinare quale prestazione dovuta dalla Cassa riteneva corretta, inducendo in tal modo quest'ultima ad emanare una decisione contributiva, quando in realtà non erano i contributi, bensì le prestazioni ad essere contestate (DTF 110 V 186).

In RAMI 1992 no. K 896 pag. 138 inoltre questa Corte ha rifiutato di ammettere la possibilità, da parte di un assicurato, di compensare contributi dovuti con prestazioni, in quel caso indennità per perdita di guadagno, richiamando il principio della mutualità, e meglio del mantenimento di un'equivalenza tra prestazioni da un lato e contributi dall'altro, rispettivamente della garanzia che tutti gli assicurati beneficiassero, alle medesime condizioni, dei medesimi vantaggi. Secondo questa Corte la possibilità di imputare contributi non pagati su prestazioni dovute avrebbe favorito gli assicurati incapaci al lavoro, che avrebbero potuto mantenere la copertura assicurativa grazie alla compensazione - altrimenti in caso di mancato pagamento dei premi essa veniva infatti meno, non essendo possibile un pagamento retroattivo - rispetto agli assicurati sani (pag. 139 consid. 3b).

Nella sentenza pubblicata in DTF 122 V 331 infine questa Corte ha nuovamente lasciato irrisolto il tema di sapere se al ricorrente fosse consentito estinguere un proprio debito invocando la compensazione (pag. 334 consid. 4).
6.3 In ambito LAMal, in cui non è prevista alcuna norma in tal senso, la questione non è stata finora risolta da questa Corte (cfr. sentenze del 6 agosto 2004 in re F., K 1/04, del 2 dicembre 2003 in re A., K 21/02, del 25 febbraio 2000 in re R., K 56/99, del 18 novembre 1999 in re A., K 184/98, e del 26 ottobre 1999 in re S., K 156/98).
6.4 Nel Messaggio del Consiglio federale del 6 novembre 1991 viene unicamente precisato che gli assicuratori devono far valere le proprie pretese anche per mezzo della compensazione (FF 1992 I pag. 113 all'art. 4). Il legislatore ha quindi considerato di principio ammissibile, come in ambito LAMI, far capo a questo istituto, per lo meno per quanto riguarda gli assicuratori malattia. Nulla vien detto per contro circa la possibilità di procedere in tal senso da parte degli assicurati.
6.5 Neppure la dottrina prende chiara posizione sul tema, limitandosi a rinviare alla sentenza pubblicata in DTF 122 V 331, secondo cui si intravvederebbe una possibilità di apertura in favore degli assicurati (Eugster, op. cit., pag. 114 cifra marg. 225; Duc, Les assurances sociales en Suisse, Losanna 1995, n. 1042-1043; si veda tuttavia anche Duc, Recueil, pag. 468/470).
6.6 In data 1°gennaio 2003 è entrata in vigore la LPGA, il cui scopo è quello di coordinare questo settore del diritto, definendo tra l'altro principi, nozioni e istituti del diritto delle assicurazioni sociali (art. 1 lett. a LPGA). Essa si applica alla LAMal in virtù del rinvio di cui all'art. 1 cpv. 1 LAMal (art. 2 LPGA).

Per quel che concerne la compensazione, va rilevato che detto istituto, indicato quale ¨multilaterale¨(concernente cioè tutti i rami delle assicurazioni sociali considerati dalla legge e tutti i crediti corrispondenti), era previsto all'art. 34 del progetto di legge (FF 1991 II 249), il cui tenore, proposto dal Consiglio degli Stati, era il seguente: Ë'assicuratore sociale può compensare le prestazioni pecuniarie di cui è debitore con i crediti che egli stesso o un altro assicuratore sociale deriva dai rapporti assicurativi con l'assicurato. Rimane garantito il minimo esistenziale secondo la legislazione sull'esecuzione e fallimento..

La Commissione del Consiglio nazionale, tuttavia, non contestando il principio della compensazione, ne ha proposto lo stralcio, che è stato accettato, adducendo che in molte assicurazioni debitori dei premi e assicurati non sono identici (come per esempio nell'assicurazione per la vecchiaia e i superstiti e in quella contro la disoccupazione); di conseguenza non sarebbe tollerabile che l'assicuratore riduca le prestazioni all'assicurato poiché ad esempio il datore di lavoro non ha ancora pagato i premi. La Commissione ha pertanto concluso che la questione della compensazione esulava da un'armonizzazione e che, quindi, ogni ambito delle assicurazioni sociali doveva determinare una propria soluzione (FF 1999 IV 3952; vedi pure DTF 125 V 323 e Kieser, op. cit., note preliminari, pag. 13 n 22).
7.
Poiché, alla luce delle suesposte considerazioni, la questione dell'ammissibilità della compensazione va risolta settorialmente, in questa sede dev'essere esaminato se i motivi addotti in ambito LAMI, per escludere la possibilità di compensare, da parte degli assicurati, prestazioni con contributi impagati, siano attuali anche dopo l'entrata in vigore della LAMal, che ha tra l'altro introdotto l'assicurazione malattia obbligatoria.
8.
Nella più volte citata sentenza pubblicata in DTF 110 V 183, resa vigente la LAMI, questa Corte, alla ricerca di una soluzione uniforme per i vari settori delle assicurazioni sociali, aveva stabilito - come già s'è visto - che

gli assicurati, contrariamente alle casse malati, non potevano procedere alla compensazione di prestazioni con contributi rimasti impagati. Il Tribunale aveva in sostanza ricondotto il motivo di tale disparità fra assicurati e assicuratori al fatto che la sola amministrazione disponeva del potere decisionale ai sensi dell'art. 5 PA e che l'assicurato, tramite l'istituto della compensazione, avrebbe avuto la possibilità di provocare una decisione della cassa in un ambito diverso da quello contestato (premi invece di prestazioni; cfr. pag. 186 in fine).

Orbene, la menzionata giurisprudenza merita di essere mantenuta anche sotto l'imperio della LAMal. Né dai lavori preparatori di quest'ultima legge, né da quelli della LPGA emergono indicazioni per un cambiamento della consolidata prassi che esclude la compensazione in favore degli assicurati in materia d'assicurazione contro le malattie. Inoltre va rilevato che le conseguenze della soluzione contraria appaiono piuttosto imprevedibili. La possibilità di potersi avvalere della compensazione, che equivarrebbe in pratica alla sospensione del pagamento dei premi da parte degli assicurati, ogni qualvolta una prestazione è contestata e dev'esserne pertanto chiarita la fondatezza tramite le usuali procedure previste dalla legge (art. 80 LAMal; art. 49, 51, 52 e 56 LPGA), potrebbe in effetti significare paralizzare l'operato delle casse malati, che, vista la durata delle procedure (anche esecutive), potrebbero vedersi private per lungo tempo del necessario finanziamento e perciò cessare di funzionare, senza poter sciogliere, a seguito dell'assicurazione obbligatoria, il rapporto assicurativo.

Su questo punto il ricorso deve quindi essere respinto.
9.
Visto quanto sopra, l'opposizione interposta al precetto esecutivo n. X._____emesso dall'Ufficio esecuzioni di O._____, riguardante premi impagati nel 1997, può essere rigettata definitivamente solo per l'importo di fr. 3'157.40 (4'730.30 ./. 1'572.90), mentre va mantenuta per fr. 1'572.90 (premi non dovuti relativi al marito; cfr. consid. 5.3.2 in fine).
10.
All'assicurata, infine, sono state poste a carico spese di diffida per fr. 20.- e spese esecutive per fr. 70.-, che contesta.
10.1 Come correttamente precisato dalla Corte cantonale, pure sotto l'imperio della LAMal l'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 (DTF 125 V 276).
10.2 In concreto l'assicurata è parzialmente debitrice dell'importo chiestole dalla convenuta; di conseguenza il mancato pagamento dei premi le è addebitabile. Inoltre, l'art. 20.5 del regolamento applicabile prevede che la Concordia ha il diritto di farsi rimborsare interessi di mora e spese causate da debitori morosi, come spese per solleciti, esecuzioni, ecc.

Alla luce della suesposta giurisprudenza i costi addebitati a tale titolo possono quindi essere ammessi.
10.3 L'assunzione delle spese esecutive viene invece disciplinata dall'art. 68 LEF, secondo cui esse sono a carico del debitore, ma il creditore è tenuto ad anticiparle. In mancanza di tale anticipazione, l'ufficio può intanto sospendere l'atto esecutivo, dandone avviso al creditore.

Questi costi sono dovuti per legge e dal debitore, oltre all'importo posto in esecuzione, nel caso in cui l'esecuzione abbia successo (RAMI 2003 no. KV 251 pag. 226 consid. 4 e giurisprudenza citata). Non essendo tuttavia oggetto della procedura di rigetto dell'opposizione, sull'importo relativo a queste spese non è ammissibile pronunciare il rigetto (sentenze del 26 agosto 2004 in re M., K 68/04, e del 18 giugno 2004 in re B., K 144/03).

Poiché in concreto la Corte cantonale ha rigettato l'opposizione anche in relazione alle spese esecutive, su questo punto il ricorso va accolto e l'opposizione mantenuta.
11.
In conclusione, il ricorso di diritto amministrativo va parzialmente accolto, mentre il giudizio 5 agosto 2003 e la decisione amministrativa su opposizione del 6 novembre 2002 sono modificate nel senso che l'opposizione è mantenuta per l'importo di fr. 1'572.90, così come per fr. 70.- di spese esecutive, mentre per l'importo di fr.

3’157.40 è rigettata definitivamente.
12.
Non trattandosi in concreto di una lite avente per oggetto l’assegnazione o il rifiuto di prestazioni assicurative, la procedura non è gratuita (art. 134 OG a contrario). Le spese processuali, che seguono la soccombenza, devono pertanto essere poste parzialmente a carico della Cassa malati e in parte della ricorrente.

Per questi motivi, il Tribunale federale delle assicurazioni pronuncia:
1.
In parziale accoglimento del ricorso di diritto amministrativo il giudizio impugnato del 5 agosto 2003 e la decisione su opposizione del 6 novembre 2002 sono modificati nel senso che l’opposizione interposta al precetto esecutivo no. X._____del 7 agosto 2002 emesso dall’Ufficio esecuzioni di O._____ è rigettata in via definitiva limitatamente all’importo di fr. 3’157.40, mentre è mantenuta per l’importo di fr. 1’572.90, così come per le spese esecutive di fr. 70.-.
2.
Le spese giudiziarie di un importo di fr. 800.- sono poste a carico della ricorrente per fr. 500.- e della Cassa malati opponente per fr. 300.-. Le spese addossate all’insorgente sono coperte dalle garanzie prestate di fr. 800.-; l’importo della differenza di fr. 300.- viene retrocesso.
3.
La presente sentenza sarà intimata alle parti, al Tribunale cantonale delle assicurazioni, Lugano, e all’Ufficio federale della sanità pubblica.
Lucerna, 22 luglio 2005
In nome del Tribunale federale delle assicurazioni
Il Presidente della Ia Camera: p. Il Cancelliere: