

La salute è il nostro patrimonio.

Per tutte le nostre persone.

Cariche sociali al 31 dicembre 2023

Consiglio di Amministrazione

Presidente Farina Ignazio Stefano

Vice Presidente Bianchi Renato Carlo

Consiglieri Argento Antonio, Bruno Francesco, Campagna Emilio, Cantarini Patrizia, Caracciolo Cinzia, D'Auria Gianluca, Ghislotti Luigi Luca, Gobbi Maria Cristina, Granito Federito, Gregorio Massimo, Lops Silvio, Louvier Ruggero, Matta Giuseppe, Ramarino Costanza, Statti Giovanna, Valenti Guglielmo

Comitato Esecutivo

Presidente Farina Ignazio Stefano

Vice Presidente Bianchi Renato Carlo

Consiglieri Argento Antonio, Campagna Emilio, Gregorio Massimo, Lops Silvio, Matta Giuseppe, Statti Giovanna

Collegio dei Revisori

Presidente Sibille Fiorenza

Revisori effettivi Costigliolo Cristina, Davite David, Ferraro Vincenzo

Revisori Supplenti Achenbach Riccardo, Roggero Gianna Maria

Direttore Travaglia Miriam

Vice Direttore De Mattia Renato

Uni.C.A.

Sede Sociale e Direzione Generale:

Unicredit Cassa Assistenza per il Personale del Gruppo
UniCredito Italiano

Codice Fiscale 97450030156

Sede Legale: Piazza Gae Aulenti 3 (Torre A) – 20154 Milano

Sede Operativa: Via Nizza, 150 – 10126 Torino

2

Panoramica

2 Relazione del Consiglio di Amministrazione

6

Relazione sulla gestione

- 6  La cassa sanitaria
- 8  Il sistema sanitario in Italia
- 30  Il modello organizzativo
- 34  Il modello di servizio
- 38  Gli iscritti
- 49  Il servizio agli assistiti
- 57  Attività di controllo
- 58  I rapporti tecnici
- 62  Evidenze operative e gestionali
- 63  Le prestazioni erogate
- 79  Le posizioni in contenzioso
- 80  Le principali evidenze contabili
- 81  L'applicazione del DM Sacconi
- 82  Le attività istituzionali
- 83  Il 2024: le attività svolte nel 1° trimestre

84

Bilancio al 31 dicembre 2023

- 85 **Stato Patrimoniale al 31 dicembre 2023**
- 86 **Conto Economico per l'esercizio 2023**
- 89 **Nota Integrativa per l'esercizio 2023**
 - Principi contabili e criteri di valutazione
 - Informazioni sullo Stato Patrimoniale e sul Conto Economico

102

Relazione del Collegio dei Revisori

Nelle tavole sono utilizzati i seguenti segni convenzionali:
 – linea (-) quando il fenomeno non esiste;
 – due punti (..) o "n.m." quando i dati non raggiungono il valore minimo considerato o risultano comunque non significativi/materiali.

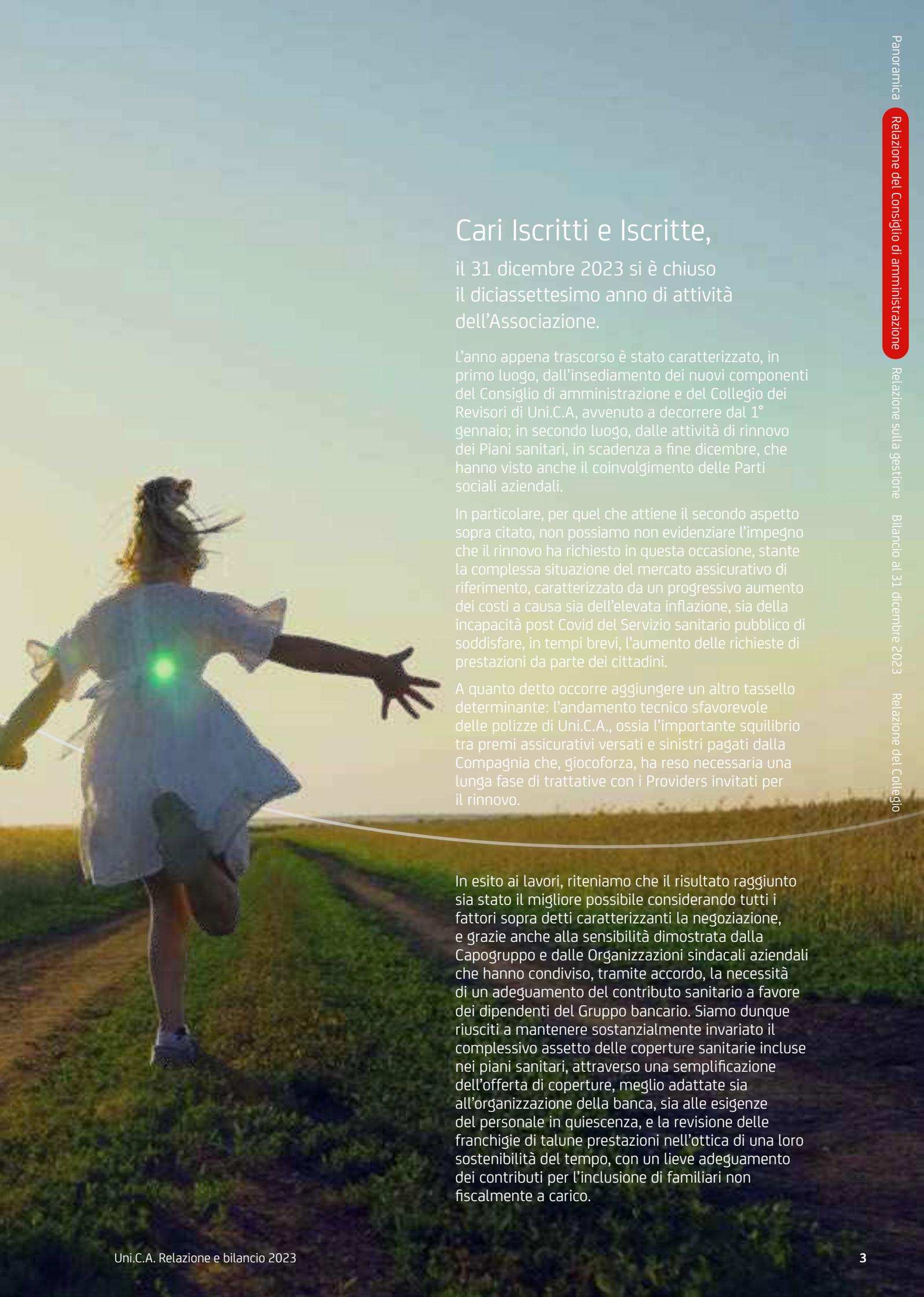
L'eventuale mancata quadratura tra i dati esposti nel presente fascicolo dipende esclusivamente dagli arrotondamenti.

“ Dei risultati raggiunti non possiamo che essere molto soddisfatti perché frutto di un lavoro costante rivolto sempre al soddisfacimento delle esigenze sanitarie primarie rappresentate dai nostri associati.”



Ignazio Stefano Farina
Il Presidente





Cari Iscritti e Iscritte,

il 31 dicembre 2023 si è chiuso il diciassettesimo anno di attività dell'Associazione.

L'anno appena trascorso è stato caratterizzato, in primo luogo, dall'insediamento dei nuovi componenti del Consiglio di amministrazione e del Collegio dei Revisori di Uni.C.A, avvenuto a decorrere dal 1° gennaio; in secondo luogo, dalle attività di rinnovo dei Piani sanitari, in scadenza a fine dicembre, che hanno visto anche il coinvolgimento delle Parti sociali aziendali.

In particolare, per quel che attiene il secondo aspetto sopra citato, non possiamo non evidenziare l'impegno che il rinnovo ha richiesto in questa occasione, stante la complessa situazione del mercato assicurativo di riferimento, caratterizzato da un progressivo aumento dei costi a causa sia dell'elevata inflazione, sia della incapacità post Covid del Servizio sanitario pubblico di soddisfare, in tempi brevi, l'aumento delle richieste di prestazioni da parte dei cittadini.

A quanto detto occorre aggiungere un altro tassello determinante: l'andamento tecnico sfavorevole delle polizze di Uni.C.A., ossia l'importante squilibrio tra premi assicurativi versati e sinistri pagati dalla Compagnia che, gioco forza, ha reso necessaria una lunga fase di trattative con i Providers invitati per il rinnovo.

In esito ai lavori, riteniamo che il risultato raggiunto sia stato il migliore possibile considerando tutti i fattori sopra detti caratterizzanti la negoziazione, e grazie anche alla sensibilità dimostrata dalla Capogruppo e dalle Organizzazioni sindacali aziendali che hanno condiviso, tramite accordo, la necessità di un adeguamento del contributo sanitario a favore dei dipendenti del Gruppo bancario. Siamo dunque riusciti a mantenere sostanzialmente invariato il complessivo assetto delle coperture sanitarie incluse nei piani sanitari, attraverso una semplificazione dell'offerta di coperture, meglio adattate sia all'organizzazione della banca, sia alle esigenze del personale in quiescenza, e la revisione delle franchigie di talune prestazioni nell'ottica di una loro sostenibilità del tempo, con un lieve adeguamento dei contributi per l'inclusione di familiari non fiscalmente a carico.

Generali SpA è il nuovo partner assicurativo della Cassa per il prossimo biennio 2024-2025 che si avvarrà della propria società di servizi Welion quale provider per la gestione del network convenzionato e dei sinistri.

Riteniamo doveroso in questo contesto rivolgere un ringraziamento ai precedenti partners assicurativo e di servizio con i quali, per oltre un decennio, abbiamo collaborato proficuamente e con cui, nel tempo, abbiamo condiviso un percorso di crescita reciproco.

Nel corso del 2023, è proseguito l'impegno della Cassa sul fronte della prevenzione: infatti, nel mese di giugno, si è conclusa la nona edizione della Campagna di prevenzione di Uni.C.A. lanciata ad ottobre 2022 che, anche per l'ampliamento delle prestazioni incluse nei protocolli, ha fatto registrare un elevato numero di partecipanti, circa 26.500 iscritti.

Dei risultati raggiunti non possiamo che essere molto soddisfatti perché frutto di un lavoro costante rivolto sempre al soddisfacimento delle esigenze sanitarie primarie rappresentate dai nostri associati.

Tra gli adempimenti istituzionali, va annoverato l'insediamento del nuovo Organismo di Vigilanza di Uni.C.A., ex d.lgs. 231/2001, avvenuto nel mese di maggio 2023, nella sua rinnovata composizione approvata da questo Consiglio: due membri facenti parte del Consiglio di amministrazione di Uni.C.A., individuati rispettivamente nelle due componenti aziendale ed elettiva, ed uno esterno, individuato tra professionisti del settore, non dipendente del Gruppo UniCredit, che ha assunto la carica di Presidente dell'Organismo.

Nel corso dell'esercizio trascorso, l'OdV non ha riscontrato violazioni del Modello Organizzativo né ha ricevuto alcuna segnalazione da parte dei destinatari del Modello stesso e/o da terzi soggetti.

Con riferimento alle attività di audit interno, sono stati avviati i lavori affidati ad una società di consulenza specializzata che avrà il compito, su un orizzonte temporale pluriennale, di identificare le aree di rischio nell'ambito di controlli annuali e di rendicontare al Consiglio di amministrazione.

In ottemperanza alle disposizioni del Decreto legislativo 24/2023, la Cassa si è adeguata all'obbligo di istituire un canale dedicato da utilizzare, da parte degli aventi diritto (Membri degli Organismi di Uni.C.A., dello staff, fornitori),

per eventuali segnalazioni di condotte illecite riguardanti situazioni di cui il segnalante sia venuto direttamente o indirettamente a conoscenza, anche casualmente, in ragione del ruolo rivestito e del rapporto contrattuale intrattenuto con la Cassa. Il canale, in grado di garantire la riservatezza dell'identità del segnalante e la protezione di eventuali soggetti terzi citati nella segnalazione, è accessibile attraverso l'apposita sezione creata sul sito internet dell'Associazione in cui è stata pubblicata una specifica policy al riguardo.

È proseguito il confronto con il Ministero della Salute che, già da diversi anni, ha avviato un progetto avente l'obiettivo di ampliare il patrimonio informativo disponibile sui Fondi e le Casse sanitarie, in un'ottica di possibili future sinergie o strategie in ambito sanitario volte ad assicurare adeguati servizi sanitari ai cittadini. Anche in relazione agli appositi decreti emanati dallo stesso Ministero, la Cassa ha partecipato agli incontri per gli aggiornamenti relativi ai lavori sul cd. "Cruscotto delle prestazioni sanitarie".

Anche per il 2023 la Cassa si è confermata in linea con le disposizioni del cosiddetto "DM Sacconi", presupposto necessario per garantire agli Associati la deducibilità dal reddito dei contributi versati per assistenza sanitaria.

Il Bilancio 2023 si chiude con un avanzo contabile di € 2.183, che si propone di aggiungere alle riserve già esistenti relative alle eccedenze dei precedenti esercizi. Le riserve così aumentate potranno essere utilizzate per la futura attività associativa

In conclusione, possiamo dire che l'anno trascorso è stato un anno di cambiamenti importanti per il futuro in cui, comunque, non abbiamo mai perso di vista l'obiettivo da raggiungere: offrire ai nostri associati la possibilità di prendersi cura della propria salute e, per questo, cercare sempre la soluzione più giusta.

Un grazie va anche a tutti voi, per gli stimoli ed i suggerimenti che ci consentono di comprendere e di lavorare per soddisfare al meglio i vostri bisogni.

Cordialmente,



Ignazio Stefano Farina
Il Presidente



Credit: Andrea Cherchi

1. La Cassa sanitaria del Gruppo UniCredit: le origini e l'evoluzione.

Uni.C.A. nasce formalmente il **15 novembre 2006**, sotto forma di **associazione** costituita ai sensi degli art. 36 e seguenti del Codice civile, priva di fini di lucro, **con lo scopo di garantire e gestire, con finalità esclusivamente assistenziali e ispirandosi a principi solidaristici e mutualistici, forme di assistenza sanitaria anche integrative delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale a favore dei propri iscritti, persone fisiche e loro familiari.**

Anche a seguito di rilevanti evoluzioni societarie e di riorganizzazione che hanno interessato la Banca, **la definizione del testo di Statuto e del Regolamento di attuazione dello Statuto avviene il 23 ottobre 2006 con la firma di apposito accordo tra le Parti istitutive.**

La sua costituzione risale, però, al 15 dicembre 2005, data in cui viene sottoscritto l'accordo istitutivo della Cassa sanitaria tra l'allora UniCredito Italiano (oggi UniCredit Spa) e le Organizzazioni Sindacali del Gruppo.

L'Associazione inizia ad operare il **1° gennaio del 2007.**

17 anni di attività.

Nel corso dei suoi quindici anni di attività, **l'Associazione si è profondamente evoluta**, con un assestamento graduale nel tempo del proprio modello di servizio ed un potenziamento del suo sistema di controllo e governo delle attività.

A decorrere dal 1° agosto 2018, **la sua sede legale è stata fissata in Piazza Gae Aulenti n. 3** (dove ha sede anche la Direzione generale del Gruppo UniCredit).

Nel secondo semestre del 2007, in relazione alla fusione tra i due ex Gruppi bancari UniCredito e Capitalia, **le Parti sociali concordano di individuare in Uni.C.A. il “veicolo” per le coperture sanitarie per tutto il personale con contrattualistica italiana della nuova realtà bancaria.**



Oggi, grazie all'esperienza acquisita, alle attività svolte ed alla partecipazione attiva ad iniziative e tavoli di settore, Uni.C.A. rappresenta un'importante realtà nel panorama nazionale dell'assistenza sanitaria integrativa.

2. È giunto il momento di ridisegnare/ripensare il sistema sanitario in Italia?

L'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (OCPS) della SDA Bocconi, la Graduate Business School dell'Università Bocconi che ha rapporti di collaborazione con Uni.C.A. da diversi anni, partendo da un quadro della situazione del Sistema sanitario italiano con riferimento alle componenti pubblica e privata, fornisce un'analisi su quelli che sembrano essere gli scenari a breve – medio termine della sanità pubblica e privata in Italia, con focus su alcuni aspetti peculiari.

Scenari presenti e prossimi della sanità pubblica in Italia

Con riferimento al 2022, l'impegno finanziario in termini di quota di PIL destinato dal governo italiano alla sanità è stato ancora superiore rispetto a quanto avveniva prima dell'inizio della pandemia (6,4% nel 2019 vs 6,8% nel 2022). D'altro canto, come evidenzia la Tabella 1, la spesa sanitaria privata sostenuta direttamente dalle famiglie o intermediata dalla sanità integrativa non risulta ancora tornata, nel 2022, ai livelli precedenti alla pandemia. Pertanto, i dati del 2022 sono da leggere ancora come relativi a un anno di transizione, da una situazione eccezionale a una normale, come viene identificato il 2019 dalle autorità governative. Questa prospettiva è stata confermata anche dal responsabile della Direzione Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute in un'audizione presso la Commissione Salute del Senato (febbraio 2024)¹. L'entità delle risorse finanziarie messe a disposizione della sanità pubblica attraverso la legge di bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e per il triennio

2024-2026, tende ad aggirarsi poco al di sopra del 6% del PIL da qui al 2026. In termini di valori assoluti, i 129 miliardi previsti per il 2023 dovrebbero ulteriormente diminuire nel triennio successivo per riavvicinarsi ai 114 miliardi del 2019; sempre il Direttore Generale della Programmazione menziona che circa 11,2 miliardi saranno da spalmare nel triennio 2024 – 2026 quale aggiunta al finanziamento annuale determinato dalla quota di PIL che il governo deciderà di destinare alla sanità, ossia tra il 6,5% e il 6,1%.

Sembra dunque che le autorità governative abbiano previsto questa quota di finanziamento aggiuntiva a quanto prestabilito dal Documento di Economia e Finanza (DEF) quale segnale di un proprio impegno a supportare la sanità pubblica a fronte di un crescente dibattito pubblico sul sottofinanziamento del SSN.

¹Cicchetti A. Audizione presso la 10a Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale "Indagine conoscitiva su forme integrative di previdenza e assistenza sanitaria", Senato della Repubblica Roma, 6 e 20 febbraio 2024.

Fonte: Del Vecchio M., Fenech L., Preti L.M., Rappini V. I consumi privati in sanità. Cergas – Bocconi (a cura di) Rapporto OASI 2023 – Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano. Egea, Milano, 2023, p. 232. N.B. Per "Tutti i regimi di finanziamento (totale)" si intende la spesa pubblica e quella privata delle famiglie e della sanità integrativa, mentre per "Spesa della pubblica amministrazione" si intendono le risorse messe a disposizione per la spesa del SSN".

» Tabella 1 - Spesa sanitaria corrente totale, pubblica e privata in relazione alle grandezze macroeconomiche, 2012-2022

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Spesa sanitaria totale corrente											
Miliardi di euro	146,9	145,8	145,8	145,8	151,8	155,0	157,0	158,8	162,9	171,5	174,4
Spesa sanitaria pubblica corrente											
Miliardi di euro	114,0	112,9	114,3	114,6	115,9	117,7	119,1	120,3	126,8	130,6	132,9
In % della spesa per consumi finali della PA	35,4	35,3	35,9	36,2	35,9	36,0	35,6	36,0	36,9	37,0	35,8
Spesa sanitaria delle famiglie residenti e non residenti sul territorio economico											
Miliardi di euro	32,9	32,9	33,9	35,8	35,9	37,3	37,9	38,4	36,1	40,9	41,5
In % della spesa delle famiglie	3,3	3,3	3,4	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,7	4,0	3,5

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT.

Benché vi sia una forte variabilità tra le caratteristiche dei sistemi sanitari tra i Paesi europei, la quota di PIL destinata da questi ultimi al finanziamento della spesa sanitaria pubblica è vista dagli analisti come un efficace indicatore della rilevanza attribuita dall'ambito politico (elettori ed eletti) al settore della sanità pubblica.

Il messaggio che arriva dal confronto internazionale riferito al 2022 (cfr. Tabella successiva), anno ancora di transizione dalla pandemia, è che l'Italia ha destinato una quota del proprio PIL molto più contenuta di altri Paesi europei quali la Germania e

la Francia o il Regno Unito con cui condividiamo sia il modello di sistema sanitario pubblico, sia recenti interventi restrittivi nell'ambito della finanza pubblica.

Siamo, invece, vicino a Spagna e Portogallo dove però una maggiore spesa sanitaria privata conduce a una somma pro capite totale al di sopra della nostra.

» Tabella 2 - Spesa sanitaria pro capite (in euro) per regime di finanziamento per alcuni Paesi OCSE selezionati, 2022 (o ultimo anno disponibile)

	Spesa pubblica obbligatoria*		Spesa privata volontaria°		Spesa sanitaria totale*	
	€ pro capite	% del PIL	€ pro capite	% del PIL	€ pro capite	% del PIL
Germania	5.086	10,9	794	1,7	5.879	12,7
Francia	3.852	10,4	690	1,9	4.542	12,3
Paesi Bassi	4.715	9,7	834	1,7	5.548	11,4
Regno Unito	3.998	9,3	905	2	4.903	11,3
Italia	2.208	6,8	703	2,2	2.912	9,0
Spagna	1.957	7,7	776	3,1	2.734	10,7
Portogallo	1.558	6,7	897	3,9	2.455	10,6
Grecia	980	5,7	596	3,5	1.577	9,2

Fonte: elaborazione OCPS su dati OCSE (OECD Health Statistics 2023). In Borsoi L., Cinelli G., Furnari A, Notarnicola E, Rota S. La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione nella prospettiva nazionale, regionale ed aziendale CERGAS – Bocconi (a cura di), Rapporto OASI 2023, EGEE Milano, pp. 89 - 90.

* I dati sono riferiti al 2021. Nota: per i paesi non appartenenti all'area Euro sono stati applicati i tassi di cambio medi tra euro e valute nazionali relativi all'anno 2021 o 2022 (Fonte: BCE).

° I dati si riferiscono alla spesa sanitaria privata finanziata direttamente dai cittadini o intermediata dalla sanità integrativa o da altre forme di assicurazione volontaria.

Si tratta di un divario cresciuto negli ultimi vent'anni che l'incremento di risorse messe a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano nel periodo pandemico non è riuscito a mutarne le proporzioni².

Le conseguenze di un ritorno ai livelli di spesa sanitaria pari a quelli precedenti il periodo di Covid-19 sta avendo delle conseguenze che si potrebbero, forse, definire paradossali. Infatti, nel 2022, il disavanzo finanziario del SSN si è attestato a 290 milioni di Euro con una inedita eterogeneità a livello regionale: vi sono state, infatti, 12 regioni in avanzo, tra la cui la Calabria con il dato in valore assoluto più elevato (54 milioni di Euro), mentre la Puglia, l'Emilia-Romagna e la Toscana hanno registrato i livelli di disavanzo più elevati in valore assoluto (rispettivamente, 144, 84 e 73 milioni di Euro), queste ultime incidendo sul

disavanzo annuale complessivo per il 69%. Si tratta di un risultato che sorprende in quanto, negli ultimi vent'anni, Emilia-Romagna e Toscana sono risultate essere tra le regioni più virtuose nella gestione dei propri bilanci, mentre la Calabria è stata tra le regioni più a lungo in regime di piano di rientro.

²Borsoi L., Cinelli G., Furnari A, Notarnicola E, Rota S. La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione nella prospettiva nazionale, regionale ed aziendale CERGAS – Bocconi (a cura di), Rapporto OASI 2023, EGEE Milano, pp. 83 – 144.

» Tabella 3 - Disavanzo sanitario regionale pro-capite: Euro (2022)



Fonte: Borsoi L., Cinelli G., Furnari A., Notarnicola E., Rota S. La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione nella prospettiva nazionale, regionale ed aziendale CERGAS – Bocconi (a cura di), Rapporto OASI 2023, EGEA Milano, p. 114.

Una spiegazione di questo risultato³ può essere individuata nel fatto che durante il periodo del Covid-19 si è avuta oggettivamente una fase espansiva della spesa sanitaria per molte regioni, in particolare per quelle con un maggiore capitale istituzionale e amministrativo, ossia capaci di investire risorse economico-finanziarie nei propri sistemi sanitari (le grandi regioni del Centro-Nord del Paese e alcune meridionali come la Puglia).

Al contrario, le regioni da sempre più deboli con una diffusa cultura “amministrativo-difensiva” ed abituate a procedure e aspettative di austerità, non sembrano essere state in grado di beneficiare in modo altrettanto consistente della breve fase espansiva del SSN dovuta alla pandemia. Significativi sono i dati forniti dalla Corte dei Conti (Corte dei Conti, 2023, Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2023, p. 277) che evidenziano come, nel 2022, in media, le regioni del Mezzogiorno hanno utilizzato solo il 41% delle risorse per il recupero delle liste di attesa, a fronte di un dato del 57% al Centro e del 92% al Nord. Le difficoltà per le regioni che hanno aumentato l’offerta di servizi e prestazioni sono iniziate a esserci già nel 2022, per poi crescere nel 2023, quando si sono progressivamente

ridotti i finanziamenti speciali, dal MEF volutamente tenuti esterni al perimetro del Fondo Sanitario Nazionale. Come si accennava sopra, il risultato finale è stato che molte regioni del Centro-Nord, caratterizzate da una rete di servizi più robusta e da una capacità produttiva maggiore, sono arrivate a trovarsi in una situazione finanziaria complessa. Viceversa, regioni come la Calabria o la Sardegna si sono trovate in una situazione di avanzo di bilancio per via di una rete di servizi molto più debole rispetto alla media nazionale, aspetto questo che, soprattutto nel caso della Calabria, comporta anche una aspettativa di vita al di sotto della media nazionale. L’interpretazione probabilmente più aderente alla realtà potrebbe essere quella di Servizi Sanitari Regionali (SSR) quali la Toscana e l’Emilia-Romagna che

³Longo F. e Ricci A. Gestire la sanità dell’universalismo selettivo e randomico: quali trade off strategici per il management del SSN?. Cergas – Bocconi (a cura di) Rapporto OASI 2023 – Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano. Egea, Milano, 2023, pp. 4 – 32.

offrono una buona gamma di servizi, comunque insufficienti rispetto ai bisogni, ma, purtroppo, già superiori al livello che il SSN può permettersi con un livello di finanziamento tra il 6% e il 7% del PIL.

Dunque, i segnali che arrivano fanno supporre che l’universalismo del SSN stia via via assumendo un carattere che gli analisti definiscono “selettivo”, ossia l’erogazione di prestazioni effettuata in base a priorità in genere non esplicite e spesso randomiche. Sembra dunque mancare un riconoscimento dell’attuale situazione e della necessità, sempre più pressante, di definire in modo chiaro le priorità (ad es. assistenza per i non autosufficienti, presa in carico di persone affette da patologie croniche, pronto soccorsi ecc. ecc.) da porre in prima linea in base alle risorse disponibili. Benché si tratti di un’operazione complessa che ha impatti sulle aspettative dei cittadini, questo sarebbe anche un intervento mirato a evitare possibili situazioni di iniquità randomica.

La spesa sanitaria finanziata privatamente nel 2022

Riprendendo la parte inferiore della Tabella 1 precedentemente mostrata, si rileva come dopo la flessione del 2020, l’ammontare in valori assoluti della spesa sanitaria finanziata direttamente dalle famiglie (la cosiddetta spesa out-of-pocket) si è attestata poco al di sopra dei 41 miliardi anche nel 2022⁴. Quindi, nell’arco di tempo tra il 2012 e il 2022, si è avuto un aumento di circa il 20%, mentre il rapporto rispetto alla spesa sanitaria totale ha risentito naturalmente dell’incremento di spesa sanitaria pubblica avvenuto nella fase pandemica.

Tabella 4 - Focus distribuzione della spesa sanitaria privata finanziata dalle famiglie e da regimi volontari (sanità integrativa) 2012 – 2022

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Spesa diretta delle famiglie e regimi volontari											
Miliardi di euro	34,4	34,3	35,5	37,5	37,9	39,6	40,2	40,8	38,5	41,2	41,5
In % della spesa sanitaria totale	24,1	24,2	24,6	25,6	25,6	26,3	26,1	26,3	24,1	24,5	24,1
In % del PIL	2,1	2,1	2,2	2,3	2,2	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,2

Fonte: Del Vecchio M., Fenech L., Preti L.M., Rappini V. I consumi privati in sanità. Cergas – Bocconi (a cura di) Rapporto OASI 2023 – Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano. Egea, Milano, 2023, p. 232

⁴Del Vecchio M., Fenech L., Preti L.M., Rappini V. I consumi privati in sanità. Cergas – Bocconi (a cura di) Rapporto OASI 2023 – Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano. Egea, Milano, 2023, pp. 229 – 265.

Entrando nel merito delle voci di spesa sanitaria privata riportati nella Tabella 5 successiva, emerge come oltre le prestazioni odontoiatriche, la quota percentuale di spesa più alta è relativa ai veri e propri farmaci (ossia prodotti con il codice di Autorizzazione all'Immissione in Commercio – AIC) che includono medicinali di fascia A (distribuiti solo dietro prescrizione), acquistati privatamente (quasi 2 miliardi all'anno) o per cui i pazienti pagano la differenza di prezzo tra il prodotto generico e quello di marca, o ancora i farmaci di fascia C non rimborsati dal SSN (circa 3,5 miliardi) o i cosiddetti farmaci da automedicazione (quasi 3 miliardi).

» Tabella 5 - La spesa sanitaria privata per consumi finali per voci di spesa, 2021-2022

Macro-categorie di spesa	Micro-voci di spesa	Miliardi di €		%		
		2021	2022	2022		
Servizi ospedalieri	Ricoveri ospedalieri	1,9	1,8	5,4	4,5%	13,0%
	Ricoveri in strutture di assistenza sanitaria a lungo termine	3,6	3,6		8,6%	
Servizi ambulatori	Servizi medici (visite mediche e specialistiche, incluso ticket)	5,3	5,4	20,7	13,0%	49,7%
	Servizi dentistici	8,7	8,6		20,7%	
	Servizi diagnostici	3,3	3,2		7,8%	
	Servizi paramedici (infermieri, psicologi, fisioterapisti, ecc.)	3,5	3,5		8,4%	
Beni sanitari	Farmaci in senso stretto (Fascia A, C, OTC, SOP, con ticket e differenza di prezzo)	9,2	9,9	15,4	23,9%	37,2%
	Altri prodotti medicali non durevoli (bende, garze, siringhe, ecc.)	1,4	1,1		2,7%	
	Attrezzature terapeutiche (occhiali, lenti, protesi auditive, riparazione e noleggio attrezzature, ecc.)	4,4	4,4		10,7%	
Totale		41,2	41,5	100%		

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT.

Fonte: Del Vecchio M., Fenech L., Preti L.M., Rappini V. I consumi privati in sanità. Cergas – Bocconi (a cura di) Rapporto OASI 2023 – Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano. Egea, Milano, 2023, p. 245.

Per comprendere poi come la spesa sanitaria pubblica e privata si distribuiscano rispetto alle varie prestazioni, l'Indagine sui Consumi degli Italiani consente di trarre questo tipo di informazione rispetto alle visite specialistiche e agli esami diagnostici, registrando la modalità di pagamento. Per le visite specialistiche, la percentuale di servizi con finanziamento a carico del cittadino raggiunge il 50% nel 2021, tra prestazioni direttamente a carico (44%) e prestazioni intermedie da un fondo sanitario o un'assicurazione (6%). Analogamente, la percentuale di accertamenti finanziati privatamente si attesta al 33% nel 2021 (28% in out of pocket e 5% con rimborso diretto o indiretto da parte di un'assicurazione o un fondo sanitario), a scapito delle prestazioni finanziate in compartecipazione ossia con il pagamento del ticket (da 40% a 36%) e quelle che ne hanno previsto l'esenzione (dal 32% al 30%). Resta da verificare se nel 2022 e nel 2023, a fronte di una maggiore capacità di offerta, questa quota di visite acquistate privatamente sia ancora rimasta tale.

Per quanto attiene le fonti di finanziamento della spesa sanitaria privata, la visione è data dalla successiva Tabella 6 che ne illustra l'andamento nel decennio 2012 – 2022.

La spesa diretta delle famiglie resta la voce predominante del finanziamento privato, sebbene sia da notare che la quota proveniente da assicurazioni sanitarie volontarie (sanità integrativa di origine collettiva e polizze individuali) è passata dal 6,6% del 2012 all'8,5% del 2022.

» **Tabella 6 - Spesa sanitaria privata per regime di finanziamento, 2012-2022**

La spesa sanitaria privata	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Spesa diretta delle famiglie	31,51	31,46	32,53	34,41	34,51	35,88	36,22	36,49	34,31	36,73	36,84
Regimi di finanziamento volontari, di cui:	2,91	2,85	2,94	3,08	3,37	3,71	3,98	4,35	4,18	4,44	4,67
• Assicurazioni sanitarie volontarie	2,27	2,18	2,16	2,25	2,50	2,74	2,93	3,23	3,19	3,36	3,51
• Regimi di finanziamento da parte di istituzioni senza scopo di lucro	0,17	0,19	0,21	0,22	0,22	0,26	0,33	0,36	0,36	0,39	0,43
• Regimi di finanziamento da parte delle imprese	0,47	0,49	0,57	0,57	0,60	0,70	0,72	0,76	0,63	0,69	0,72
Totale	34,42	34,31	35,47	37,48	37,88	39,58	40,20	40,83	38,49	41,17	41,50

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT.

Se si prova ad incrociare le previsioni di finanziamento della spesa sanitaria pubblica, da una parte, e le evidenze relative alla predominanza del finanziamento della spesa sanitaria privata direttamente da parte delle famiglie, appare un quadro sempre più complesso che dovrebbe essere oggetto di elevata attenzione. Infatti, dall'analisi dei dati, sembra poter sorgere la questione di una consistente pressione finanziaria sulle famiglie a causa del consumo di prestazioni sanitarie; resta ancora da chiarire se effettivamente questo avverrà e in quali termini.

Focus sulla spesa sanitaria privata e il suo finanziamento

Si vogliono qui proporre due approfondimenti circa la spesa sanitaria privata e il suo finanziamento. Il primo dedicato alle persone con più di 75 anni che vivono da soli, una sfida divenuta rilevante per i sistemi di welfare dei Paesi avanzati. Il secondo, invece, vuole proporre un'integrazione dei dati provenienti da ANIA per la componente assicurativa e dal Dipartimento delle Finanze del Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) per la componente contrattuale: in questo modo, è possibile ricostruire longitudinalmente

un quadro indicativo dello stato del settore in termini di cittadini coinvolti e di risorse impiegate, con un dettaglio a livello regionale ancora non oggetto di analisi pubbliche.

La spesa sanitaria degli over75 che vivono da soli

Un aspetto demografico del nostro Paese che richiede attenzione è quello relativo alla popolazione anziana in generale e, in particolare, al segmento ritenuto più fragile ossia le persone con più di 75 anni che vivono sole. Infatti, la soglia di età utilizzata per descrivere questa popolazione è legata alle più recenti valutazioni da parte di epidemiologi e geriatri che stanno spostando oltre i 75 anni la fase della vita che maggiormente richiede assistenza sanitaria e socioassistenziale. Inoltre, il fatto di vivere da soli ed essere un nucleo monoreddito pone questa popolazione in condizioni di potenziale fragilità sotto diversi profili: sociale, assistenziale ed economico. In altri termini, come si accennava sopra, tali soggetti rappresentano una sorta di cartina di tornasole circa il livello di protezione sociale accessibile al di là della pensione percepita.

La fascia di popolazione in esame si colloca nella parte inferiore della distribuzione dei redditi, sebbene non possa essere annoverata tra i nuclei familiari più poveri del Paese. Gli strumenti previsti dal nostro sistema di previdenza consentono, dunque, ai nuclei di anziani soli di non collocarsi tra le famiglie più povere del Paese. Diventa comunque importante comprendere sia quanto la spesa sanitaria

incida sul reddito di tali individui, sia quanto questa fascia di popolazione si trovi esposta a una spesa sanitaria direttamente a proprio carico pari a quella di persone più giovani e con opportunità reddituali maggiori.

Rispetto al primo aspetto, emerge che la spesa sanitaria ha un peso significativamente maggiore sul bilancio familiare degli anziani soli (6,4%) rispetto alla famiglia media (4,8%), con una spesa che è maggiormente finalizzata all'acquisto di beni, soprattutto medicinali (50%), rispetto ai servizi; ciò a differenza di quanto accade per la famiglia media che riserva la maggior parte delle risorse all'acquisto di servizi sanitari, soprattutto servizi dentistici (23,8%), rispetto ai medicinali che si collocano al secondo posto (38,4%). Infine, in valori assoluti pro capite, un anziano solo spende ogni anno in sanità circa il doppio (1.198 euro) rispetto all'individuo medio (616 euro). Si rileva una quota di spesa aggiuntiva sostenuta dalle persone over 75 anni rispetto alla popolazione più giovane: il fenomeno è particolarmente rilevante, ad esempio, per i medicinali (599 euro contro 236 euro, +153%) e i servizi medici (197 euro contro 96 euro, +105%), mentre è minore per i servizi dentistici (138 euro contro 146 euro, -5,7%).

Un ulteriore capitolo di spesa che interessa i nuclei di anziani soli e che invece risulta marginale per una famiglia media è la voce per servizi di assistenza ad anziani e disabili, sia con riferimento ad assistenti conviventi che ad assistenti a domicilio. In termini assoluti, i nuclei di anziani soli spendono circa venti volte di più

⁵Fosti G., Notarnicola E., Perobelli E. (a cura di), *Il personale come fattore critico di qualità per il settore Long Term Care 5° Rapporto Osservatorio Long Term Care*. EGEA Milano, 2023.

per il personale di assistenza convivente e tredici volte di più per i servizi di assistenza a domicilio. L'informazione sulla spesa per il personale di assistenza è difficilmente utilizzabile per la stima aggregata della spesa destinata a questa tipologia di servizi (oltre 2 miliardi di euro) sia perché non sempre detta spesa risulta effettivamente a carico dell'anziano (viene sostenuta dai famigliari non conviventi), sia per la rilevanza del ricorso a personale informale e non regolarizzato. I nuclei di anziani soli che dichiarano queste spese sono, infatti, pari soltanto al 1,8% per il personale convivente e al 2,7% per il personale a domicilio, mentre recenti stime sulla presenza di badanti in Italia evidenziano un rapporto di 1 a 15 con la popolazione over 75 . Guardando comunque all'importo medio registrato per i nuclei che dichiarano effettivamente di sostenere queste spese, pari a circa 1.230 euro mensili per il personale convivente e a circa 770 euro mensili per i servizi a domicilio, i confronti tra nuclei familiari si possono ritenere verosimili.



» **Tabella 7 - Spesa sanitaria e socio-assistenziale annuale dei nuclei di anziani over 75 soli per territorio di residenza, 2021**

Spesa sanitaria totale corrente	Anziani soli (75+)		Totale	
	€ pro capite	% su spesa	€ pro capite	% su spesa
Nord-ovest	1.281,6	6,1%	663,6	4,7%
Nord-est	1.160,4	5,9%	674,4	4,9%
Centro	1.108,8	5,1%	603,6	4,5%
Sud e Isole	1.198,8	8,7%	528,0	5,1%
Italia	1.197,6	6,4%	615,6	4,8%
Spesa per assistenza ad anziani e disabili (personale convivente e a domicilio)	Anziani soli (75+)		Totale	
	€ pro capite	% su spesa	€ pro capite	% su spesa
Nord-ovest	704,4	3,3%	43,2	0,3%
Nord-est	708,0	3,6%	49,2	0,4%
Centro	552,0	2,5%	34,8	0,3%
Sud e Isole	214,8	1,6%	16,8	0,2%
Italia	522,0	2,8%	33,6	0,3%

Fonte: elaborazione OCPS su dati ISTAT.

Fonte: Del Vecchio M., Fenech L., Preti L.M., Rappini V. I consumi privati in sanità. Cergas – Bocconi (a cura di) Rapporto OASI 2023 – Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano. Egea, Milano, 2023, p. 254.

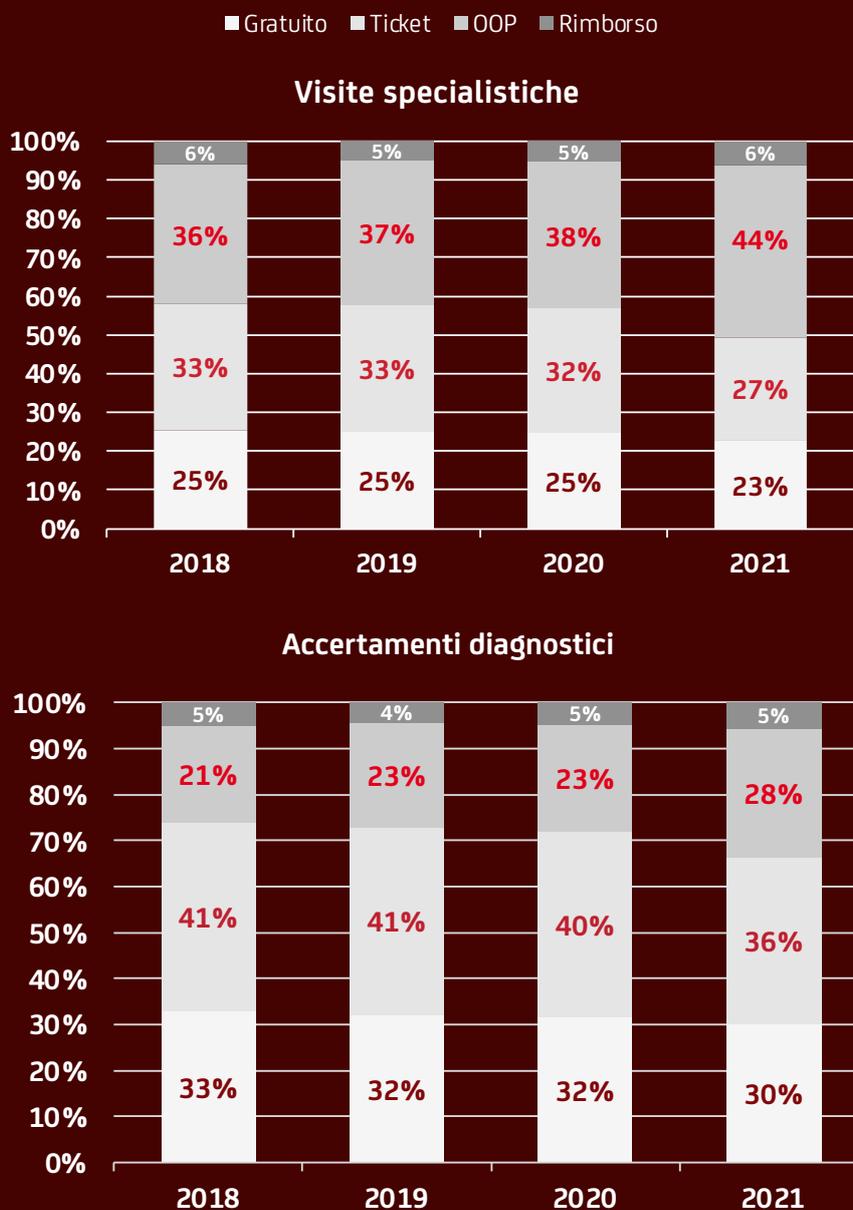
Nota: Per "Totale" si intende l'intera popolazione.

Il secondo aspetto riguarda, poi, le modalità di pagamento degli anziani over 75 anni soli di due tipologie di servizi, finanziariamente meno rilevanti dei farmaci, ma comunque frequenti, quali le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici. Si tratta delle due tipologie di prestazioni che risultano essere finanziate in modo più che significativo direttamente dai cittadini.

È quindi importante capire se avviene la stessa cosa anche per gli anziani fragili.



Tabella 8 - Modalità di pagamento (in %) per tipologia di prestazione nell'anno precedente l'intervista, 2018-2021 - Survey ISTAT I consumi degli italiani



Fonte: Del Vecchio M., Fenech L., Preti L.M., Rappini V. I consumi privati in sanità. Cergas – Bocconi (a cura di) Rapporto OASI 2023 – Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano. Egea, Milano, 2023, p. 251.

Nota: "Gratuito" significa che la prestazione è stata erogata "gratuitamente" dal SSN, mentre "Ticket" significa che l'erogazione della prestazione è stata coperta dal SSN con il pagamento appunto del ticket. OOP ossia Out-Of-Pocket equivale al finanziamento diretto delle famiglie, infine "Rimborso" descrive appunto il rimborso da parte di un ente della sanità integrativa.

La Tabella 8 mostra come sia il 44% degli anziani over 75 anni a pagare di tasca propria una visita rispetto al 50% dell'intera popolazione, con un incremento di 8 punti tra il 2018 e il 2021. Un andamento simile, seppure più contenuto, è visibile anche per gli accertamenti diagnostici. Per i risultati del 2021, è verosimile ipotizzare che sia stato un anno in cui l'accesso alle strutture del SSN fosse ancora complesso a causa del Covid-19: l'auspicio è che negli ultimi due anni la situazione possa essersi riavvicinata ai dati del 2018.

Analisi demografiche e epidemiologiche in Italia

Le analisi sopra riportate vanno quindi lette alla luce del quadro demografico ed epidemiologico che caratterizza sempre più la popolazione italiana. Come evidenzia il demografo Francesco Billari nel suo volume dal titolo molto evocativo “Domani è oggi. Costruire il futuro con le lenti della demografia”⁶, i cambiamenti demografici sono in genere percepiti come lenti, ma possono essere anche sorprendentemente veloci. È questo il caso dell’Italia che dopo aver superato di poco i 60 milioni di abitanti in seguito ai flussi immigratori nel 2023, è tornata all’incirca sotto i 59 milioni di abitanti. La spiegazione di tali rapidi variazioni è da cercare sia nel calo migratorio in termini di popolazione straniera che si stabilizza nel nostro Paese, sia dalla combinazione tra un aumento degli anni di vita attesi e la diminuzione della popolazione in seguito alla diminuzione delle nascite (1,24 figli per coppia).

Nel 2003, la fascia di popolazione più numerosa era rappresentata dalla generazione dei baby boomer (nati tra il 1963 e il 1968) tra i 35 e i 39 anni e vent’anni dopo, nel 2023, è sempre questa generazione a restare la più consistente, ma ormai giunta oltre l’età della fecondità e in una fase teoricamente meno rilevante per il mercato del lavoro. Al di fuori di questa generazione, nel ventennio 2003 – 2023, il prolungamento della vita ha portato gli over 65 anni dal 19% a oltre il 24% dell’intera popolazione (l’Italia è terza a livello mondiale dietro il Principato di Monaco e il Giappone), mentre la diminuita fecondità per coppia ha comportato una diminuzione degli under 14 anni di circa il 2% (dal 14,2% al 12,5%). A bocce ferme rispetto ai flussi migratori, le proiezioni di ISTAT prevedono una tendenza decrescente della popolazione che arriverà a 58 milioni nel 2030 e a 54,4 milioni nel 2050⁷. In questi scenari, si stima che la quota di popolazione over 65 anni arriverà a rappresentare nel 2050 il 34,5% e il numero di persone che vivono sole dovrebbe aumentare passando dagli 8,4 milioni del 2022 ai 9,8 milioni del 2042.

Come si traducono tali andamenti demografici in scenari epidemiologici (ossia le patologie più diffuse) ed in consumi sanitari? Alcune rilevazioni sui consumi delle famiglie italiana svolte recentemente da ISTAT possono cominciare a darci qualche indicazione e supportare ulteriormente le analisi sui consumi degli over settantacinquenni sopra riportate.

⁶F. Billari, *Domani è oggi. Costruire il futuro con le lenti della demografia*. Egea, Milano, 2023

⁷ISTAT, *Previsioni della popolazione residente e delle famiglie I Base 1/1/2022. Statistiche Report, 28 settembre 2023*. <https://www.istat.it/it/files/2023/09/Previsioni-popolazione-e-famiglie.pdf>

» **Tabella 9 - Indicatori di salute della popolazione anziana (65 anni e oltre) e bisogno di assistenza per classe di età e sesso. Anno 2019 – Tassi per 100 persone⁸**

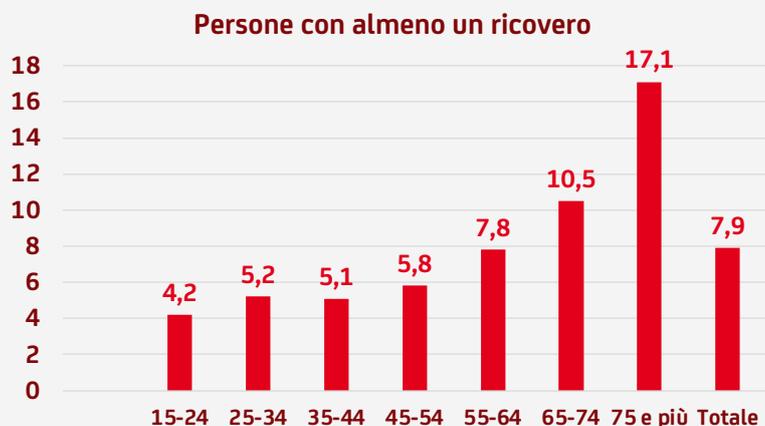
Classe di età	Gravi malattie croniche	Almeno 3 malattie croniche	Stato ansioso - depressivo	Gravi limitazioni motorie, sensoriali e cognitive	Limitazioni nella mobilità per problemi di salute	Gravi difficoltà nelle attività di cura della persona (ADL)
65 - 74	34,2	44,3	11,1	14,6	15,8	2,6
75 - 84	48,9	56,1	17,1	32,5	37,6	10,3
75 e oltre	52	59,5	18,1	41,9	46,7	18,3
85 e oltre	59,4	66	20,6	63,8	67,9	37,2
Totale (> 65 anni)	43,2	52	14,7	28,4	31,5	10,6

Fonte: Istat, *Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia, Italia 2019. Pag. 2.*

Il Rapporto sugli Anziani dell'ISTAT sopra citato fornisce un quadro sulle condizioni di salute della popolazione italiana con più di 65 anni e consente di evidenziare come le malattie croniche gravi e la presenza di almeno 3 malattie croniche diventino particolarmente diffuse dopo i 75 anni, mentre i problemi di mobilità e di autosufficienza colpiscono soprattutto la popolazione sopra gli 85 anni. Tuttavia, si vuole anche evidenziare come il 44% delle persone nella fascia 65 – 74 anni abbia già almeno 3 malattie croniche, mentre questo valore scende al 29% nella fascia 55 – 64 anni.

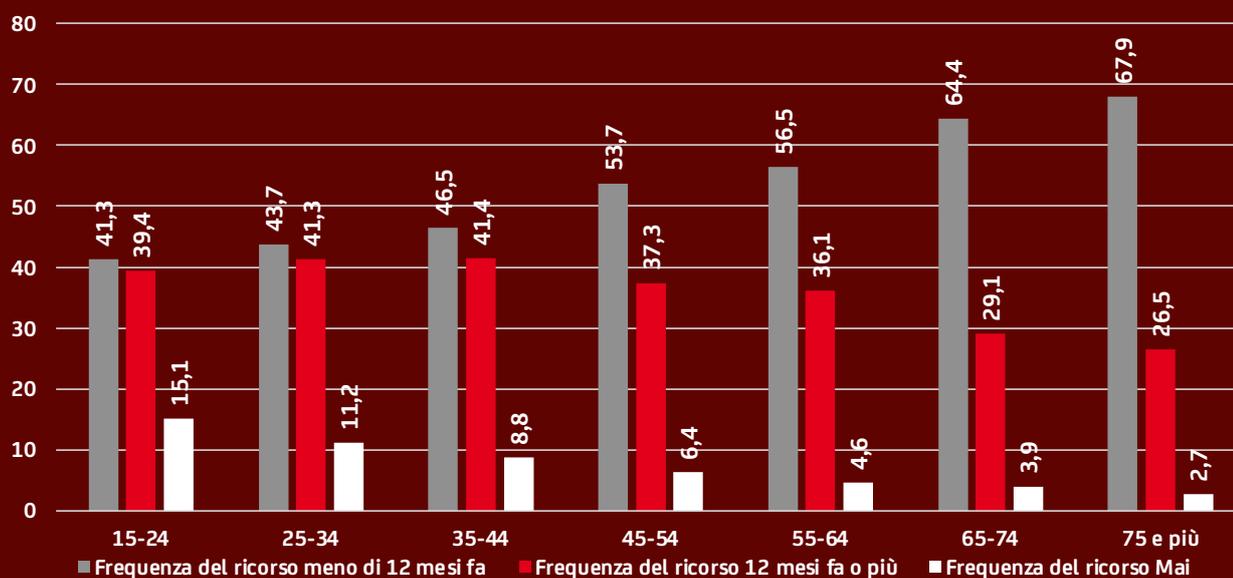
Tale quadro epidemiologico si riflette naturalmente sull'intensità e sulla tipologia dei consumi. Una prima indicazione è fornita sempre dall'ISTAT tramite l'Indagine sulle condizioni di salute degli italiani e il ricorso ai servizi sanitari svolta nel 2019⁹. Si tratta di interviste effettuate ad un campione rappresentativo della popolazione italiana sia per fascia di età che per collocazione geografica. Come emerge dai seguenti grafici, la quota di popolazione con più di 75 anni ha avuto un ricovero negli ultimi 12 mesi, decisamente più elevata del resto della popolazione ed inoltre si tratta per il 56% di degenze più lunghe di una settimana (contro la media totale del 37%).

» Tabella 10 - Persone di 15 anni e più con almeno un ricovero nei 12 mesi precedenti l'intervista e notti di ricovero, per classe di età. Anno 2019 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)



È da osservare, tuttavia, che i ricoveri sono considerati in genere eventi rari, mentre le visite specialistiche sono prestazioni a cui si accede più frequentemente in tutte le fasce di età. Infatti, al contrario dei ricoveri, la Tabella 11 che segue indica come l'accesso alle visite specialistiche sia già frequente nella fascia della popolazione tra i 15 e i 24 anni (quasi il 40% della popolazione ha fatto una visita negli ultimi 12 mesi), ma nella popolazione al di sopra dei 65 anni riguarda più del 65%.

» Tabella 11 - Persone di 15 anni e più per frequenza di ricorso al medico specialista, per classe di età - Anno 2019 (per 100 persone con le stesse caratteristiche)



Fonte: ISTAT, Condizioni di salute e ricorso ai servizi di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'UE – Indagine EHIS 2019 4. Ricorso ai servizi sanitari.

I dati sopra esposti aiutano dunque sia a comprendere le dinamiche sottostanti alla spesa privata per prestazioni sanitarie degli over 75 anni sopra descritte e confrontate con il resto della popolazione, sia a dimostrare concretamente come le tendenze demografiche in atto in Italia conducono a una prevalenza crescente delle patologie croniche e al consumo di prestazioni sanitarie.

⁹ISTAT, Condizioni di salute e ricorso ai servizi di salute e ricorso ai servizi sanitari in Italia e nell'UE – Indagine, EHIS 2019. Ricorso ai servizi sanitari. <https://www.istat.it/it/archivio/265399>

Numeri e prospettive della sanità integrativa

Il tema della sanità integrativa è tornato prepotentemente alla ribalta nel corso del 2023, anche grazie alla rinnovata attenzione ad esso dedicata dal Parlamento italiano, e in particolare dal Senato della Repubblica che ha avviato, a partire da gennaio, una nuova indagine conoscitiva sulle forme integrative di previdenza e assistenza sanitaria, sulla scia di quanto già fatto dalla Camera dei Deputati nel 2019. Gli ultimi mesi sono stati, inoltre, caratterizzati da un particolare attivismo da parte del Ministero della Salute che già nel settembre 2022, attraverso due distinti decreti ministeriali, ha affidato all'Anagrafe dei fondi sanitari integrativi presso il Ministero le funzioni di monitoraggio delle attività svolte dai fondi e istituito, presso la DG della Programmazione Sanitaria dello stesso ministero, l'Osservatorio sui fondi sanitari integrativi con funzioni di studio e ricerca. Le funzioni di monitoraggio prevedono l'utilizzo di un apposito cruscotto con l'obiettivo di monitorare l'attività dei fondi raccogliendo informazioni su: (i) classificazione delle prestazioni (LEA vs parzialmente escluse vs totalmente escluse), (ii) macro-area assistenziale (distrettuale, ospedaliera, ecc.), (iii) livello e tipo di prestazione (laboratorio, strumentale, riabilitazione, ecc.), (iv) numeri e valori in euro, oltre alle informazioni su aderenti e beneficiari. Le attività dell'Osservatorio invece prevedono il coinvolgimento

di rappresentanti istituzionali (oltre al Ministero della Salute, MEF, Ministero del Lavoro, Agenzia delle Entrate, Agenas e Conferenza Stato-Regioni) e delle diverse anime dei fondi iscritti all'Anagrafe, con il compito di promuovere attività di ricerca, dibattito e confronto sul tema della sanità integrativa e dei suoi sviluppi futuri. Infine, un ulteriore provvedimento passato sottotraccia nella seconda parte del 2022 è la revisione del paniere delle prestazioni erogabili dai Fondi sanitari integrativi del SSN (anche noti come fondi di tipo A, ovvero la componente complementare della sanità integrativa). Specificatamente, la revisione normativa amplia e specifica le aree di intervento per tale tipologia di Fondi, aggiungendo alle prestazioni già previste (prestazioni non incluse nei LEA come quelle odontoiatriche e le cure termali), la quota a carico del paziente per le prestazioni incluse nei LEA erogate dal SSN e di prestazioni sociosanitarie in strutture accreditate semi/residenziali o in ADI), ossia: (i) la prevenzione primaria e secondaria non a carico del SSN, (ii) le prestazioni di long-term care non a carico del SSN e (iii) le prestazioni sociali per il soddisfacimento dei bisogni del paziente cronico sempre non a carico del SSN.

I rapporti dell'Anagrafe dei fondi resi disponibili nel tempo hanno sempre riportato un numero esiguo di fondi integrativi del SSN rispetto alla più ampia e popolata categoria di enti e casse aventi finalità assistenziali (detti fondi di tipo B). Ciò nonostante, la modifica normativa traccia una linea eloquente rispetto alla direzione che gli enti della sanità integrativa dovrebbero intraprendere agli occhi del regolatore.

Passando dagli aspetti regolatori a quelli relativi alle dinamiche di settore, queste ultime richiedono una sistematizzazione di dati che fanno riferimento a fonti diverse e non sempre coerenti. Integrando i dati di ANIA per la componente assicurativa con quelli del Dipartimento delle Finanze del Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) per la componente contrattuale, è possibile ricostruire un quadro indicativo dello stato del settore in termini di cittadini coinvolti e soprattutto di risorse impiegate.



La seguente Tabella riprende i dati del settore assicurativo. Nel 2022 i premi raccolti per il ramo malattia continuano la loro crescita sostenuta, aumentando del 13% rispetto al 2021 e di circa il 20% rispetto al 2019. Aumenta, in modo marginale rispetto agli anni precedenti, la quota dei premi relativi alle polizze individuali, che rappresentano in valore (33%) e in numeri una quota minoritaria del fatturato di settore.

» Tabella 12 - **Dati relativi alle polizze assicurative del ramo malattia, 2019-2022**

Spesa per polizze del ramo malattia	2019	2020	2021	2022
Premi raccolti nel ramo (mln di €)	3.062	3.105	3.277	3.703
% polizze relative a polizze individuali	32%	30%	32%	33%
% polizze relative a fondi sanitari e altri enti simili	56%	59%	56%	67%
% polizze relative ad altre polizze collettive	12%	10%	12%	
Rapporto sinistri-premi (loss ratio) del ramo malattia	67%	70%	82%	71%
Rapporto sinistri-premi (loss ratio) per le polizze relative a fondi sanitari ed altri enti simili	83%	84%	110%	na

Fonte: elaborazione OCPS su dati ANIA.

Nel 2022 non è disponibile il dettaglio sulla ripartizione tra polizze relative ai fondi sanitari e le altre polizze collettive, ma è ragionevole immaginare come la situazione non abbia subito cambiamenti rilevanti rispetto agli anni precedenti, dove le prime rappresentavano oltre il 55% dei premi raccolti dal ramo. Il dato sicuramente più rilevante, e che stimola una serie di interrogativi sulla sostenibilità del settore, è quello relativo al rapporto tra sinistri e premi (loss ratio). Il 2021 era stato infatti caratterizzato dall'allarmante dato del 110% per le polizze relative ai fondi sanitari, che avevano fatto aumentare all'82% l'indice complessivo del

ramo, dal 70% dell'anno precedente. Il dato relativo ai fondi era il risultato di un'indagine ad hoc realizzata da ANIA e non è disponibile, al momento, un aggiornamento per il 2022. Osservando però il dato dell'intero ramo, questo sembra essere ritornato ai valori fisiologici registrati prima del 2021, essendosi ridotto al 71%. Assumendo minore volatilità nel livello di utilizzo delle altre componenti, è ragionevole immaginare che per le polizze collettive relative a fondi sanitari il valore del loss ratio si sia attestato per il 2022 tra l'85 e il 90%, dato inferiore ma comunque vicino alla soglia critica del 100%.

¹²Le fattispecie di polizze individuali e polizze collettive diverse da fondi sanitari hanno mostrato valori del loss ratio stabili nel tempo. Tra il 2019 e il 2021 questo è passato dal 46% al 48% per le polizze individuali e dal 56% al 55% per le altre polizze collettive (ANIA, 2022). È quindi ragionevole assumere che anche nel 2022 abbiano mantenuto valori paragonabili a quelli degli anni precedenti.

I dati del Dipartimento delle Finanze del MEF descrivono i fenomeni nella prospettiva del sistema fiscale. Le informazioni, infatti, derivano dalle dichiarazioni dei redditi dei contribuenti, considerato che tre diverse tipologie di contributi destinati alla sanità integrativa godono di benefici fiscali diretti per le imposte sul reddito: contributi destinati agli enti e le casse aventi esclusiva finalità assistenziale e istituite da accordi o contratti aziendali (ex art. 51 del TUIR), ai fondi sanitari integrativi del SSN (ex art. 10 del TUIR) e alle società di mutuo soccorso (ex art. 83 del Dlgs 117/2017). Va evidenziato che i dati indicano la costante crescita dei contribuenti che dichiarano di versare contributi alle varie forme di assistenza integrativa: nel 2021 sono oltre 9,4 milioni di euro, il 20% in più rispetto al 2018 e il 10% in più rispetto al 2020, e rappresentano quasi il 23% dei contribuenti totali.

Trattandosi di redditi individuali, il dato non è soggetto a rischio di doppio conteggio (presente invece nel dato equivalente rilasciato dall'Anagrafe dei fondi sanitari), ma non tiene conto dei familiari a carico e soprattutto delle polizze individuali e collettive non soggette a benefici fiscali, per cui può essere considerato come il limite inferiore della copertura effettiva di sanità integrativa dei cittadini italiani. I contributi versati hanno superato la soglia dei 2,6 miliardi di euro (+3,8% rispetto al 2020) e combinando il dato con quello fornito da ANIA emerge come oltre il 70% dei contributi risulti intermediato dal settore assicurativo. La spesa intermediata dai fondi, ovvero l'importo corrispondente alle prestazioni per le quali viene richiesto un rimborso oppure a cui gli assistiti accedono direttamente, ha superato l'importo di 3,1 miliardi di euro, cui sono corrisposti rimborsi effettivamente liquidati superiori a 2,2 miliardi di euro. Complessivamente, dunque, i rimborsi hanno rappresentato l'85,5% dei contributi versati e coperto in media il 71,5% della spesa degli assistiti. Spesa e rimborsi sono cresciuti in modo proporzionale rispetto al numero di assistiti (la spesa pro capite è rimasta stabile negli anni e pari a 334 euro), ma più che proporzionalmente rispetto ai contributi, facendo aumentare nel tempo il loss ratio.

» Tabella 13 - Dati relativi ai contributi versati a enti e casse con finalità assistenziali, fondi sanitari integrativi del SSN e società di mutuo soccorso, 2018-2021

	2018	2019	2020	2021
Assistiti	7.851.720	8.449.076	8.551.519	9.412.573
Tasso di copertura (% del totale dei contribuenti)	19,0%	20,3%	20,8%	22,7%
Contributi versati	€ 2.362.683.964	€ 2.472.168.473	€ 2.532.357.227	€ 2.629.404.236
Contributo pro capite	€ 301	€ 293	€ 296	€ 279
Importo spesa	€ 2.631.479.250	€ 3.054.988.725	€ 2.883.785.574	€ 3.145.693.287
Spesa pro capite	€ 335	€ 362	€ 337	€ 334
Importo rimborsi	€ 1.802.419.919	€ 2.073.223.969	€ 2.006.605.424	€ 2.248.333.056
Rimborso pro capite	€ 230	€ 245	€ 235	€ 239
Loss ratio (Rimborsi su contributi)	76,3%	83,9%	79,2%	85,5%
Scoperto medio (Rimborsi su spesa)	31,5%	32,1%	30,4%	28,5%

Fonte: elaborazione OCPs su dati MEF - Dipartimento delle Finanze.

Fonte: Del Vecchio M., Fenech L., Preti L.M., Rappini V. I consumi privati in sanità. Cergas – Bocconi (a cura di) Rapporto OASI 2023 – Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano. Egea, Milano, 2023, p. 257.

È noto come l'origine primariamente contrattuale delle forme di assistenza integrativa che godono di benefici fiscali abbia determinato, nel tempo, una diversa diffusione territoriale del fenomeno guidata dalle differenti condizioni occupazionali presenti nel Paese.

Le due seguenti tabelle mostrano a livello regionale la relazione tra copertura della popolazione e, rispettivamente, la spesa pro capite e il tasso di utilizzo, calcolato come la percentuale di contribuenti alle forme di assistenza integrativa che dichiarano di aver sostenuto una spesa intermediata nell'anno.

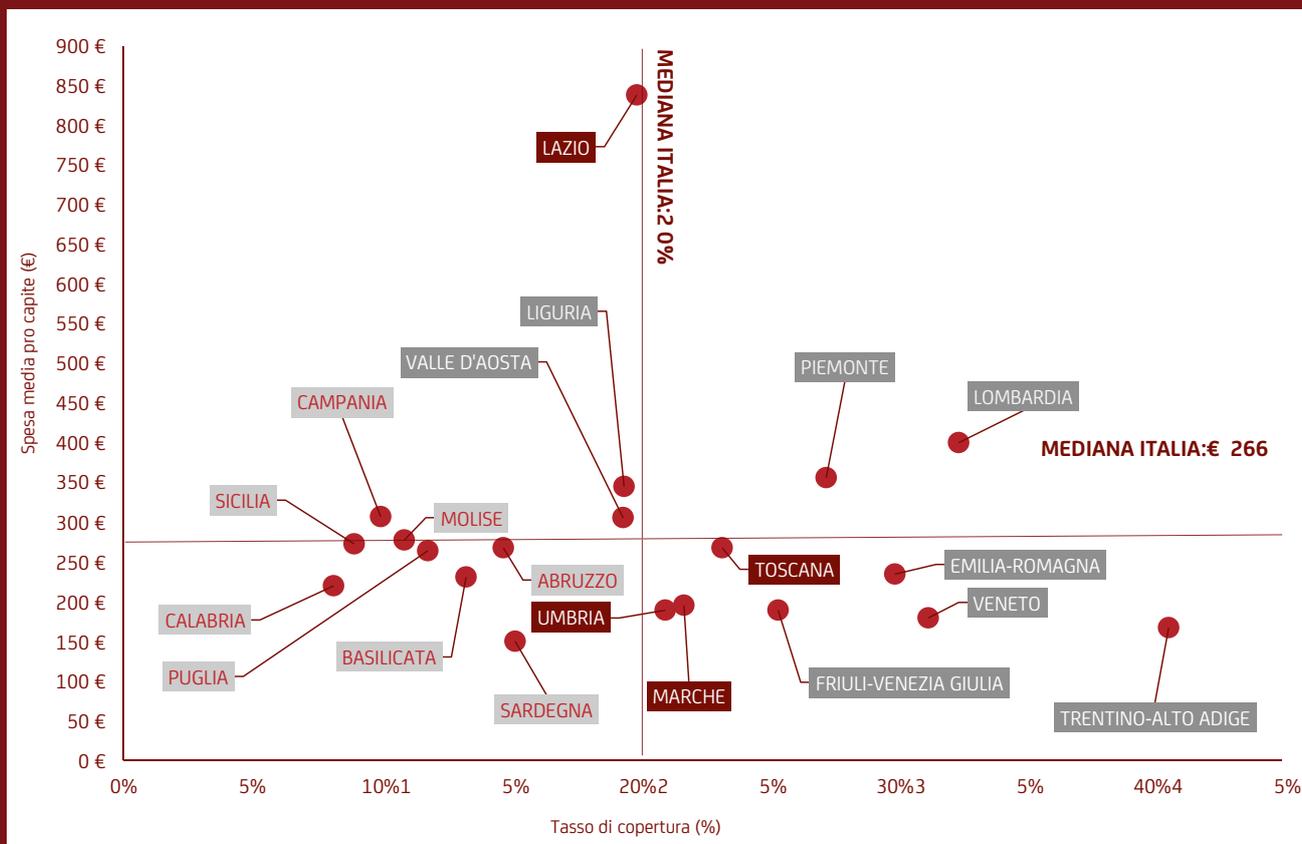
Innanzitutto, è necessario sottolineare come da entrambe le figure emerga l'eccezione del Lazio (probabilmente riconducibile alla sola città di Roma), regione che pure a fronte di un tasso di copertura coincidente con la mediana nazionale (20%), presenta eccezionali valori di spesa pro capite (839 euro) e di utilizzo delle forme di assistenza (66%). Tolta questa eccezione, che sorprende solo per l'entità dei valori essendo il Lazio notoriamente una regione in cui la sanità integrativa ha livelli di utilizzo maggiori rispetto alle altre, emerge un quadro molto variegato.

Dalla Tabella 14 emerge quanto il tasso di copertura della popolazione sia differenziato tra regioni meridionali, centrali e settentrionali, con queste ultime che, fatta eccezione per la Liguria e la Valle d'Aosta, si posizionano tra quelle con i tassi di copertura più elevati. Il dato non sorprende considerata la natura

prevalentemente contrattuale delle coperture integrative e dall'attivismo mostrato da alcune regioni, tra tutte Veneto e Trentino-Alto Adige, nel costruire ulteriori forme di assistenza rivolte ai lavoratori residenti all'interno delle rispettive regioni. Sulla spesa media emerge un dato variegato e non correlato con il tasso di copertura (escludendo l'outlier Lazio, il coefficiente di correlazione lineare è pari a $-0,07$), né evidentemente con il reddito pro capite delle regioni. La Sardegna è quella con la spesa pro capite più bassa (151 euro) e la Lombardia con quella più elevata (401 euro). Si alternano, in mezzo, regioni settentrionali, centrali e meridionali. La Campania, ad esempio, presenta una spesa media pari a 307 euro, superiore a regioni come Toscana (268 euro), Emilia-Romagna (235 euro) e Veneto (180 euro). Purtroppo, non è possibile scomporre le voci di spesa, ma una potenziale spiegazione potrebbe essere individuata nelle aree di uso delle coperture, con regioni «basso-spendenti» come Sardegna e Veneto in cui le coperture potrebbero essere maggiormente destinate a finanziare servizi ambulatoriali, e regioni «alto-spendenti» come Lazio e Lombardia in cui potrebbe essere più frequente l'utilizzo delle coperture per spese di ricovero.



» Tabella 14 - Tasso di copertura e spesa media pro capite dichiarata, 2021



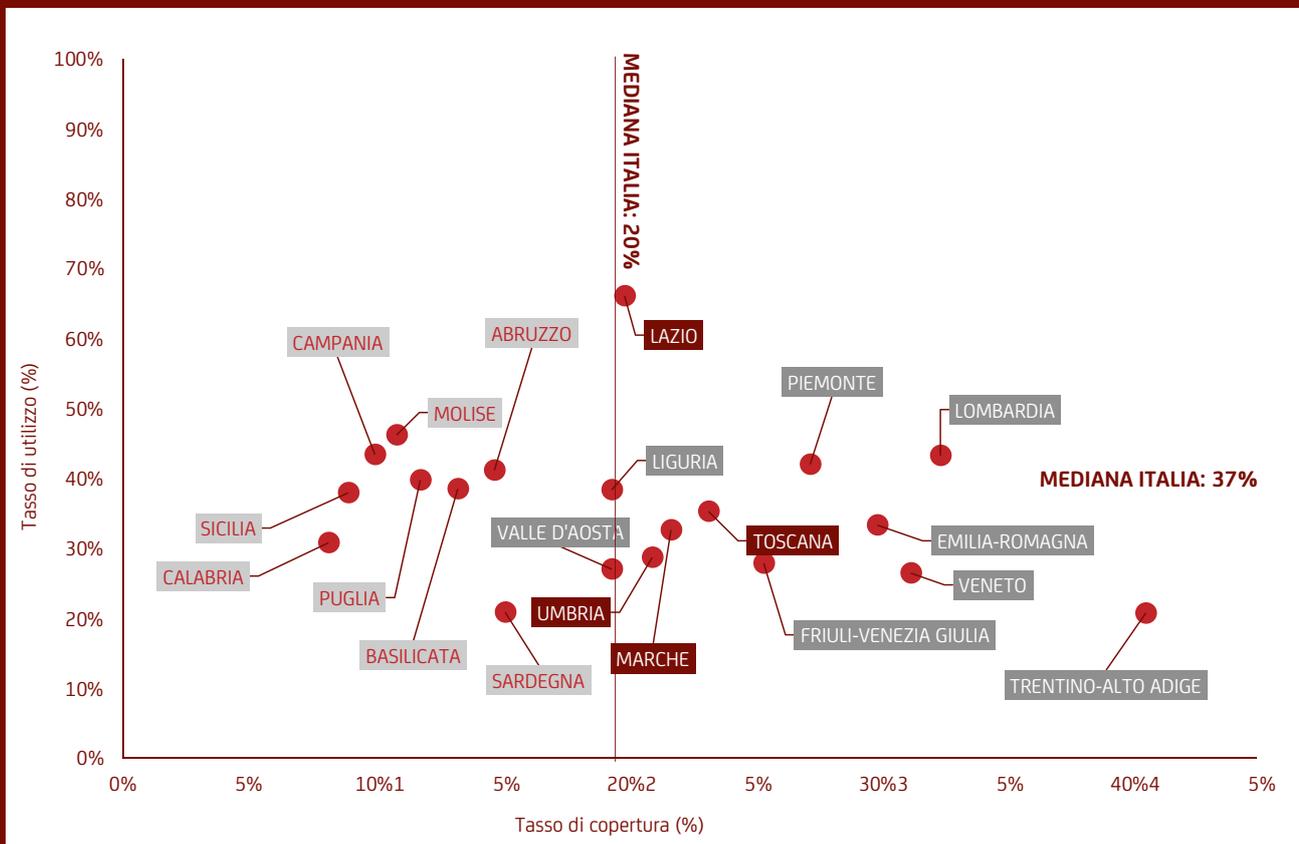
Nota: le etichette in grigio chiaro evidenziano le regioni meridionali, quelle in rosso scuro le regioni centrali, quelle in grigio scuro le regioni settentrionali.

Fonte: elaborazione OCPS su dati MEF - Dipartimento delle Finanze.

Fonte: Del Vecchio M., Fenech L., Preti L.M., Rappini V. I consumi privati in sanità. Cergas – Bocconi (a cura di) Rapporto OASI 2023 – Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano. Egea, Milano, 2023, p. 259.

Dalla Tabella 15 emerge, invece, una moderata correlazione negativa (escludendo l'outlier Lazio) tra tasso di copertura e tasso di utilizzo del fondo. Si nota, infatti, come le regioni meridionali, pur essendo caratterizzate da tassi di copertura della popolazione inferiori, abbiano tassi di utilizzo delle coperture mediamente superiori rispetto alle regioni centrali e settentrionali. La regione con il tasso di utilizzo maggiore (tolto il Lazio) risulta essere il Molise (46%), seguita da Lombardia (43%) e Campania (43%). Il dato può essere interpretato alla luce della maggiore prevalenza al nord di coperture derivanti dai contratti nazionali, caratterizzati notoriamente da un minore livello di consapevolezza degli assistiti, rispetto alle coperture aziendali, relativamente più diffuse nelle regioni meridionali (si pensi, ad esempio, alle coperture previste dai grandi gruppi bancari, i cui dipendenti sono distribuiti uniformemente sul territorio nazionale).

» Tabella 15 - Tasso di copertura e tasso di utilizzo, 2021



Nota: le etichette in grigio chiaro evidenziano le regioni meridionali, quelle in rosso scuro le regioni centrali, quelle in grigio scuro le regioni settentrionali.

Fonte: elaborazione OCPS su dati MEF - Dipartimento delle Finanze.

Fonte: Del Vecchio M., Fenech L., Preti L.M., Rappini V. I consumi privati in sanità. Cergas – Bocconi (a cura di) Rapporto OASI 2023 – Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano. Egea, Milano, 2023, p. 259.

Combinando le due figure emerge, dunque, come nelle regioni meridionali si registri un utilizzo superiore cui corrisponde, nel contempo, una spesa pro capite inferiore rispetto alle regioni settentrionali. La elevata variabilità sembra essere il frutto della combinazione di una molteplicità di variabili molto diverse tra loro, quali il funzionamento dei Servizi Sanitari Regionali e il rapporto dei cittadini con esso, le politiche di contenimento della spesa sanitaria, il tessuto produttivo e mercato del lavoro.

Conclusioni

Terminata la fase pandemica, sembrano emergere una serie di situazioni e fenomeni sicuramente già presenti prima del 2020, ma che forse, anche a causa del periodo emergenziale, hanno acquisito un carattere molto intenso e difficilmente trascurabile.

Il primo elemento è chiaramente la programmazione finanziaria a favore della sanità pubblica in questo Paese. Al di là del dibattito politico circa le risorse finanziarie aggiuntive più o meno sufficienti per il sistema sanitario pubblico, colpisce come, in estrema sintesi, le regioni con consolidate tradizioni di buona gestione, dopo aver investito in un'espansione dell'offerta di servizi, si ritrovino in disavanzo, mentre quelle che non sono state in grado di investire le risorse a disposizione si ritrovino virtuosamente in equilibrio di bilancio.

L'altro lato della medaglia potrebbe essere individuato nella crescita delle visite specialistiche pagate direttamente di tasca propria non solo dalla popolazione in generale, ma anche da anziani con più di 75 anni che vivono da soli, ossia una fetta di cittadini che si colloca prevalentemente tra le fasce medio basse di reddito. Se questo andamento dovesse essere confermato nei prossimi anni, si porrebbe sempre più pressante la questione di come finanziare la spesa sanitaria dei cittadini nel modo più equo possibile, una volta verificato che non sia possibile ricorrere a un incremento

della pressione fiscale, così come del cuneo fiscale nei contratti di lavoro, ossia strumenti con un carattere redistributivo più o meno forte.

Ribadendo un concetto già precedentemente espresso, forse un primo passo importante potrebbe essere il riconoscimento da parte dei governi che andranno a succedersi, della difficoltà e complessità della situazione che sta conducendo il sistema sanitario universalistico italiano, di fatto, verso un "universalismo selettivo", con la conseguente adozione di provvedimenti adeguati che non colpiscano in modo randomico, ma in base a priorità definite e condivise dalla collettività.

3. Il modello organizzativo e la sua evoluzione.

3.1 Nuove nomine in seno agli Organi Sociali di Uni.C.A.

A decorrere dal 1° gennaio 2023, si sono insediati i nuovi componenti del Consiglio di amministrazione e del Collegio dei Revisori di Uni.C.A. per il nuovo mandato triennale.

Il Consiglio di amministrazione è composto da 9 componenti designati dalle Aziende del Gruppo UniCredit ed 8 eletti a seguito di votazione degli iscritti in servizio più 1 eletto a seguito di votazione degli iscritti in pensione.

Il Collegio dei Revisori è formato da 2 componenti (ed 1 supplente) eletti a seguito votazione dagli iscritti e 2 (più 1 supplente) designati dalle Aziende del Gruppo UniCredit.

Ai sensi dell'art. 13 dello Statuto, il/la Presidente è eletto dal Consiglio di amministrazione di Uni.C.A., per 18 mesi, alternativamente, tra i Consiglieri designati dalle Aziende aderenti e quelli eletti in rappresentanza degli iscritti. Per i primi 18 mesi del mandato è stato eletto Presidente il sig. Ignazio Stefano Farina, componente di designazione aziendale. Conseguentemente, in applicazione della medesima norma, è stato eletto Vice Presidente il sig. Renato Carlo Bianchi, componente di origine elettiva.

Tra i revisori, è stata nominata Presidente del Collegio dei Revisori la sig.ra Fiorenza Sibille, componente eletta.

3.2 Lo staff di Uni.C.A.

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 16 dello Statuto di Uni.C.A., UniCredit fornisce il personale dedicato al funzionamento della Cassa, ivi compresa la figura del Direttore.

Oltre le normali attività ordinarie di gestione dei rapporti con i fornitori e consulenza nei confronti degli iscritti, nonché il costante supporto fornito agli Organismi istituzionali ed all'Organismo di Vigilanza ex D. Lgs. 231/01, nel corso del 2023 lo staff ha gestito tutte le attività legate al rinnovo dei Piani Sanitari 2024-2025 e la correlata fase di adesioni massive che si concluderà entro il mese di marzo 2024.

3.3 I consulenti medici

È proseguito il rapporto di collaborazione con i consulenti medici dottori Francesco Sanguinetti e Pier Paolo Cirulli, di cui l'Associazione si avvale da diversi anni soprattutto per il rilascio di pareri rispettivamente, in ambito non odontoiatrico e odontoiatrico, su situazioni sanitarie particolarmente complesse oppure per chiarimenti di specifici ambiti patologici.

3.4 L'Organismo di Vigilanza ex D. Lgs. 231/01

Con il termine del mandato triennale degli Organi sociali, è giunto a scadenza anche il mandato dei componenti dell'Organismo di Vigilanza ex D. Lgs. 231/01.

Si rammenta che i compiti dell'Organismo sono:

- vigilare sul funzionamento del Modello di Organizzazione e Gestione dell'Ente al fine di prevenire la commissione dei reati richiamati dal Decreto 231;
- verificare il rispetto del Modello e dei Protocolli decisionali rilevando gli eventuali comportamenti anomali che dovessero emergere dall'analisi dei flussi informativi e dalle segnalazioni cui sono tenuti destinatari del Modello;
- svolgere periodicamente attività ispettiva e di controllo al fine di verificare l'efficienza e l'efficacia del Modello.

In linea con l'evoluzione della normativa di riferimento, il Consiglio di amministrazione ha deliberato la nuova composizione dell'Organismo di Vigilanza, composto da tre membri, di cui due facenti parte del Consiglio di amministrazione di Uni.C.A., individuati, rispettivamente, nelle due componenti aziendale ed elettiva, ed uno esterno, individuato tra professionisti del settore in possesso dei necessari requisiti di professionalità e onorabilità che assume la carica di Presidente.

L'insediamento dell'Organismo di Vigilanza così rinnovato è avvenuto nel mese di maggio 2023 ed ha comportato la concentrazione dei lavori di pertinenza nella seconda parte dell'anno. La sua attività si è focalizzata, in primis, sulla stesura ed approvazione interna del Regolamento di attuazione per il funzionamento dell'Organismo stesso, che è stato redatto nel rispetto dei principi dettati dallo Statuto ed in funzione delle regole di composizione definite nel Modello Organizzativo ex D.Lgs. 231 di Uni.C.A., di cui il Consiglio di amministrazione ha formalmente preso atto.



In un'ottica di efficientamento del Modello Organizzativo in relazione alle peculiari attività svolte dalla Cassa, nonché per il recepimento delle novità legislative di riferimento, su suggerimento dell'Organismo, nel corso dell'esercizio 2024 si procederà, mediante supporto di società di consulenza specializzata, ad effettuare le seguenti attività:

- aggiornamento del Modello Organizzativo 231 della Cassa sulla base delle nuove disposizioni di legge intervenute successivamente all'adozione dello stesso;
- razionalizzazione dei reati presupposto inseriti all'interno del Modello, mantenendo unicamente le fattispecie di reato astrattamente applicabili alle attività della Cassa;
- conseguente rivalutazione del risk assessment e del sistema dei controlli interni.

Va inoltre riferito che l'Organismo di Vigilanza ha fornito supporto per l'adeguamento della Cassa alle previsioni del Decreto legislativo n. 24 del 10 marzo 2023 riguardante la protezione delle persone che segnalano eventuali condotte illecite o violazioni del diritto dell'Unione Europea e/o di disposizioni normative nazionali, in attuazione della direttiva (UE) 2019/1937.

In relazione a quanto precede, entro il termine previsto del 17 dicembre 2023, la Cassa si è dotata di un proprio canale di segnalazione presente sul proprio sito istituzionale che garantisce, anche tramite il ricorso a strumenti di crittografia, la riservatezza dell'identità della persona segnalante, della persona coinvolta e della persona comunque menzionata nella segnalazione, nonché del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione. La regolamentazione del canale, dei potenziali segnalanti e delle segnalazioni è contenuta nella specifica policy pubblicata.

Nel corso dell'esercizio 2023 l'OdV non ha riscontrato violazioni del Modello Organizzativo né ha ricevuto alcuna segnalazione da parte dei destinatari del Modello stesso e/o da terzi soggetti.



4. Il modello di servizio.

4.1 Partnership assicurativa e di servizio

Dalla sua costituzione ad oggi, Uni.C.A. ha fornito ai propri assistiti prestazioni di natura sanitaria ricorrendo prevalentemente alla stipula di polizze sanitarie con primarie Compagnie di assicurazione, con affidamento a società di servizio specializzate dei servizi connessi alle coperture assicurative (liquidazione rimborsi, prestazioni in Rete Convenzionata, etc...).

Oltre alle prestazioni erogate tramite polizze assicurative e contratti di servizio, la Cassa ha garantito ulteriori prestazioni con costi a proprio carico, quali le iniziative di prevenzione o la copertura di spese sanitarie non previste dai contratti di polizza e correlate a casi particolarmente gravi, valutati da parte del Consiglio di amministrazione quali interventi straordinari di sostegno.

A partire dal 2014, dopo l'adozione per alcuni anni del modello "multiprovider", cioè l'utilizzo di più fornitori di servizio "indipendenti" dalle Compagnie di Assicurazione fornitrici delle polizze sanitarie, Uni.C.A. è passata ad un modello "monoprovider", ossia ad una partnership assicurativa e di servizio, per le prestazioni non odontoiatriche, con aziende facenti parte dello stesso Gruppo societario e tra di esse collegate: ciò anche grazie ad un'adeguata esperienza acquisita e ad un'autonoma capacità di valutazione dei dati gestionali ed di andamento tecnico residenti su database proprietario.

Grazie alle sinergie correlate a questo modello, negli anni l'Associazione è riuscita a mantenere elevati i livelli di copertura, nonostante lo scenario tutt'altro che favorevole legato alla crisi economica, alla diminuzione del livello dei servizi del SSN con inevitabile maggiore pressione sul settore privato, all'invecchiamento della popolazione assistita e all'inflazione sanitaria.

4.2 La Convenzione tra Uni.C.A. e UniCredit

Tenuto conto delle previsioni statutarie, nel 2013 è stata siglata la Convenzione operativa tra Uni.C.A. e UniCredit che definisce i reciproci impegni e le competenze nella gestione delle attività volte al funzionamento della Cassa e al perseguimento del suo scopo sociale.



In relazione a quanto definito, nel 2023 l'Associazione ha continuato ad avvalersi del supporto di strutture operative del Gruppo UniCredit per i servizi di Information technology (IT) e per quelli di natura amministrativa.

La Convenzione è stata aggiornata nel 2018 con l'implementazione relativa al servizio di Responsabile della Protezione dei dati (adeguamento riconducibile alla normativa GDPR) e, successivamente, nel 2020 per apportare alcune modifiche di allineamento, in particolare la corretta attribuzione delle competenze operative al Team dedicato ad Uni.C.A. facente parte della struttura aziendale People Services, (già HC Operations Italy, struttura in cui sono confluite le risorse della ex ES-SSC poi DXC, esternalizzate anni orsono e successivamente re-internalizzate nel Gruppo). L'allineamento si è reso necessario anche a seguito di mutate modalità operative utilizzate per alcuni processi (es. addebito contributi tramite procedura SEPA).

Al Team per Uni.C.A. di People Services è demandata la gestione delle attività più propriamente amministrative, ossia quelle connesse al processo di adesioni alle assistenze; i servizi di prima informazione sulle adesioni; le attività di trasmissione/ricevimento della corrispondenza con gli assistiti; l'incasso delle quote di adesione; le attività di verifiche della situazione anagrafica e fiscale degli associati, etc.

Attraverso le sinergie sviluppate nel tempo con il Team dedicato, Uni.C.A. è riuscita a sistematizzare diversi processi operativi, garantendo un servizio quanto più possibile aderente alle esigenze dei propri iscritti.



4.3 Le prestazioni garantite da Uni.C.A. e i beneficiari.

L'art. 7 dello Statuto di Uni.C.A. definisce le prestazioni sanitarie che l'Associazione può erogare, anche sotto forma di rimborso delle spese sostenute dai propri iscritti e relativi familiari.

Beneficiari delle prestazioni sono i dipendenti del Gruppo UniCredit, i pensionati, il personale già destinatario delle forme di coperture assistenziali presenti nel Gruppo cessati dal servizio con forme di incentivo all'esodo finalizzate al pensionamento, (c.d. esodati) ed i superstiti di dipendenti e pensionati. Hanno facoltà di mantenere l'iscrizione anche gli ex dipendenti divenuti tali a seguito di cessione di ramo d'azienda a società esterne al Gruppo, in virtù delle previsioni contenute nei relativi accordi sindacali.

È consentito l'inserimento in copertura dei rispettivi familiari con l'eventuale pagamento di un contributo a seconda del carico fiscale o della tipologia di congiunti.

Le prestazioni possono essere erogate direttamente, o mediante ricorso a contratti con altri Enti, Società di servizi o di assicurazione. Uni.C.A. ha affiancato alle prestazioni erogate tramite polizze assicurative o contratti di servizio, ulteriori prestazioni rese direttamente, quali le iniziative di prevenzione o il finanziamento di spese sanitarie non coperte dalle polizze assicurative previa specifica delibera del Consiglio di amministrazione. Sotto questo profilo, la natura mutualistica e solidaristica di Uni.C.A. consente all'Associazione di intervenire, compatibilmente con le disponibilità finanziarie, per sostenere i propri assistiti con sostegni economici straordinari, in presenza di situazioni di particolare gravità del titolare o dei propri familiari inclusi in copertura.



5. Gli iscritti: i dati al 31.12.2023 e i trend.

- » Al 31.12.2023 gli iscritti ad Uni.C.A. sono risultati **111.677**.
- » Di questi, n. **52.563** sono titolari (47%) e n. **59.114** familiari (53%).



I familiari inclusi in assistenza a pagamento sono stati n. 14.098 (il 23,8% del totale dei familiari).

111.677

iscritti al 31.12.2023

52.563

titolari

La componente rappresentata dagli iscritti in quiescenza è risultata pari a n. 10.214 titolari (il 19,4% dei Titolari complessivi) e n. 7.748 familiari, di cui n. 4.741 inclusi in assistenza a pagamento (il 33,6% del totale dei familiari a pagamento). Il trend degli iscritti pensionati è risultato in crescita rispetto al 2022, facendo registrare un +13,1% (n. 15.877 nel 2022).

La componente degli esodati, ossia coloro che hanno cessato il servizio per accedere alle prestazioni del Fondo di solidarietà del settore del credito, è risultata pari a n. 6.258 titolari contro i 7.158 del 2022 (-12,6% di variazione). La percentuale degli esodati iscritti sul numero complessivo dei titolari è risultata in diminuzione, passando dal 16% del 2022 al 14,7% nel 2023: tale riduzione è da correlarsi al raggiungimento dei requisiti previsti per la percezione della pensione INPS da parte di esodati cessati nel corso del quinquennio precedente.

A livello complessivo, si rileva una diminuzione dei titolari iscritti dell'1,9% rispetto allo scorso anno: in particolare è stata registrata una riduzione del 4,9% per il personale dipendente, dovuta principalmente alla progressiva diminuzione degli organici di UniCredit ed un aumento del 13% per i titolari in quiescenza, fenomeno ovviamente correlato alle riduzioni degli organici di cui sopra.

Complessivamente, considerando anche i familiari iscritti, nel 2023 si è registrata una riduzione degli iscritti dell'1,7%.

**L'età media dei titolari rilevata a fine 2023
è di 53,52 anni**

in costante aumento rispetto agli anni pregressi.

59.114

familiari

Nelle tabelle che seguono (dalla n. 1 alla n. 11) sono evidenziati i dati relativi alle adesioni al 31 dicembre 2023 e l'evoluzione degli iscritti negli anni.

Table 1 - Dati di adesione al 31.12.2023

» Tabella 1.a - Numero degli aderenti per categoria di iscritti

Titolare	N.ro
PERSONALE DIPENDENTE	35.120
Non dirigenti	34.416
Dirigenti	704
PERSONALE ESODATO	6.210
Non dirigenti	6.052
Dirigenti	158
PERSONALE AZIENDE ESTERNE (1)	1.019
Non dirigenti	992
Dirigenti	27
PERSONALE IN QUIESCENZA	10.214
TOTALE GENERALE	52.563

(1) Il numero degli iscritti delle società esterne comprende anche 48 esodati.

» Tabella 1.b - Dati adesione alle coperture di base garantite da polizza assicurativa

Descrizione polizza	N.RO TITOLARI	Diff. % N.RO TITOLARI rispetto al 2022	N.RO FAMILIARI			N.RO TOTALE ASSISTITI	Diff. % N.RO TOTALE ASSISTITI rispetto al 2022	N.RO TOTALE ASSISTITI PER AREA GEOGRAFICA			
			FAMILIARI A CARICO	FAMILIARI A PAGAMENTO	TOTALE			NORD	CENTRO	SUD E ISOLE	ESTERO (2)
NUOVA PLUS dipendenti	40.489	-4,7%	39.623	8.385	48.008	88.497	-4,0%	51.662	19.274	17.545	16
EXTRA dipendenti	1.105	-8,6%	1.294	591	1.885	2.990	-7,5%	1.571	1.189	229	1
EXTRA 4 dipendenti	516	-6,5%	716	275	991	1.507	-4,6%	1.207	217	77	6
EXTRA 5 dipendenti	239	-11,2%	376	106	482	721	-9,1%	644	58	19	0
TOTALE DIPENDENTI di cui 6.210 titolari esodati appartenenti al Gruppo UniCredit e 1.019 titolari appartenenti a società esterne al Gruppo, tra cui 48 esodati (1)	42.349	-4,9%	42.009	9.357	51.366	93.715	-4,1%	55.084	20.738	17.870	23
BASE pensionati	2.320	19,2%	602	1.127	1.729	4.049	19,9%	1.856	1.373	820	0
BASE + pensionati	5.013	12,0%	1.419	2.322	3.741	8.754	11,6%	4.509	3.141	1.104	0
STANDARD pensionati	1.982	11,1%	612	910	1.522	3.504	11,2%	1.688	1.511	305	0
PLUS pensionati	366	17,3%	174	166	340	706	19,9%	325	293	88	0
EXTRA pensionati	308	8,8%	138	149	287	595	10,8%	294	275	26	0
OVER 85 pensionati	225	-5,5%	62	67	129	354	-6,6%	131	212	11	0
TOTALE PENSIONATI	10.214	13,0%	3.007	4.741	7.748	17.962	13,1%	8.803	6.805	2.354	0
TOTALE GENERALE	52.563	-1,9%	45.016	14.098	59.114	111.677	-1,7%	63.887	27.543	20.224	23

(1) Si tratta di società esterne al Gruppo UniCredit, a seguito di cessione di rami di azienda, che hanno mantenuto la possibilità di iscrizione ad Uni.C.A. in virtù di intese sindacali.
(2) Dipendenti espatriati con famiglia in Italia.

» Tabella 1.c - Dati di adesione alle coperture dentarie autoassicurate

Descrizione copertura dentaria	TITOLARI		FAMILIARI INCLUSI
	N.RO	di cui	
Copertura collettiva denti (1)	40.531		
di cui collettiva denti estesa		2.594	5.808
di cui denti completa quadri ed area professionale		2.325	5.213
di cui denti completa per dirigenti		631	1.141
Totale	40.531	5.550	12.162
Polizza denti Treviso	108		

(1) I dati sono riferiti ai titolari dipendenti ed esodati. Per questi ultimi la copertura dentaria è facoltativa.

» Tabella 2 - Dati di adesione al 31.12.2023 con suddivisione dei titolari per sesso e per tipologia di familiare

Descrizione polizza	N.RO TITOLARI			N.RO FAMILIARI A CARICO			N.RO FAMILIARI A PAGAMENTO				TOTALE
	UOMINI	DONNE	TOTALE	CONIUGI	FIGLI	TOTALE	CONIUGI	FIGLI	ALTRI	TOTALE	
NUOVA PLUS dipendenti	21.373	19.116	40.489	2.936	36.687	39.623	6.095	1.508	782	8.385	88.497
EXTRA dipendenti	709	396	1.105	148	1.146	1.294	394	116	81	591	2.990
EXTRA 4 dipendenti	422	94	516	87	629	716	208	43	24	275	1.507
EXTRA 5 dipendenti	187	52	239	41	335	376	74	13	19	106	721
TOTALE DIPENDENTI di cui 6.231 familiari di titolari esodati appartenenti al Gruppo UniCredit e 1.323 familiari di titolari appartenenti a società esterne al Gruppo, tra cui 49 relativi a esodati (1)	22.691	19.658	42.349	3.212	38.797	42.009	6.771	1.680	906	9.357	93.715
BASE pensionati	1.519	801	2.320	284	318	602	898	217	12	1.127	4.049
BASE + pensionati	2.899	2.114	5.013	750	669	1.419	1.931	362	29	2.322	8.754
STANDARD pensionati	1.298	684	1.982	362	250	612	743	160	7	910	3.504
PLUS pensionati	258	108	366	89	85	174	129	34	3	166	706
EXTRA pensionati	211	97	308	83	55	138	112	34	3	149	595
OVER 85 pensionati	185	40	225	62	0	62	65	0	2	67	354
TOTALE PENSIONATI	6.370	3.844	10.214	1.630	1.377	3.007	3.878	807	56	4.741	17.962
TOTALE GENERALE	29.061	23.502	52.563	4.842	40.174	45.016	10.649	2.487	962	14.098	111.677
% sul totale per categoria	55,3%	44,7%	100,0%	10,8%	89,2%	100,0%	75,5%	17,6%	6,8%	100,0%	

(1) Si tratta di società esterne al Gruppo UniCredit, a seguito di cessione di rami di azienda, che hanno mantenuto la possibilità di iscrizione ad Uni.C.A. a seguito di intese sindacali.

» Tabella 3 - Dati di adesione al 31.12.2023 suddivisi per classi di età

Descrizione polizza	NUMERO TITOLARI PER CLASSI DI ETÀ					
	FINO A 30	DA 31 A 40	DA 41 A 50	DA 51 A 60	OVER 60	TOTALE
NUOVA PLUS dipendenti	2.944	4.360	12.050	16.188	4.947	40.489
EXTRA dipendenti	5	81	244	548	227	1.105
EXTRA 4 dipendenti	0	16	117	303	80	516
EXTRA 5 dipendenti	0	11	117	93	18	239
TOTALE DIPENDENTI	2.949	4.468	12.528	17.132	5.272	42.349
BASE pensionati	2	1	0	19	2.298	2.320
BASE + pensionati	0	0	3	49	4.961	5.013
STANDARD pensionati	0	0	0	14	1.968	1.982
PLUS pensionati	0	0	1	2	363	366
EXTRA pensionati	0	0	0	7	301	308
OVER 85 pensionati	0	0	0	0	225	225
TOTALE PENSIONATI	2	1	4	91	10.116	10.214
TOTALE GENERALE	2.951	4.469	12.532	17.223	15.388	52.563
% sul totale	5,6%	8,5%	23,8%	32,8%	29,3%	100,0%

Nota: tutte le polizze sono riservate ad assistiti che non abbiano un'età superiore ad 85 anni, fatta eccezione per la specifica polizza Over 85 pensionati. Le polizze riservate ai pensionati possono riguardare titolari di pensioni di reversibilità, a prescindere dalla loro età anagrafica (che non può, comunque, superare gli 85 anni).

» Tabella 4 - Dati di adesione al 31.12.2023 suddivisi per numero e fasce di età dei familiari fiscalmente a carico

Descrizione polizza	NUMERO FAMILIARI A CARICO PER CLASSI DI ETÀ								TOTALE
	CONIUGI				FIGLI				
	FINO A 40	DA 41 A 50	OVER 50	TOTALE	FINO A 20	DA 21 A 30	OVER 30	TOTALE	
NUOVA PLUS dipendenti	257	724	1.955	2.936	27.086	9.103	498	36.687	39.623
EXTRA dipendenti	19	34	95	148	792	334	20	1.146	1.294
EXTRA 4 dipendenti	11	19	57	87	448	176	5	629	716
EXTRA 5 dipendenti	5	16	20	41	283	52	0	335	376
TOTALE DIPENDENTI	292	793	2.127	3.212	28.609	9.665	523	38.797	42.009
BASE pensionati	1	3	280	284	52	185	81	318	602
BASE + pensionati	0	7	743	750	91	359	219	669	1.419
STANDARD pensionati	0	2	360	362	33	135	82	250	612
PLUS pensionati	0	3	86	89	12	50	23	85	174
EXTRA pensionati	0	0	83	83	10	29	16	55	138
OVER 85 pensionati	0	0	62	62	0	0	0	0	62
TOTALE PENSIONATI	1	15	1.614	1.630	198	758	421	1.377	3.007
TOTALE GENERALE	293	808	3.741	4.842	28.807	10.423	944	40.174	45.016
% sul totale	6,1%	16,7%	77,3%	100,0%	71,7%	25,9%	2,3%	100,0%	

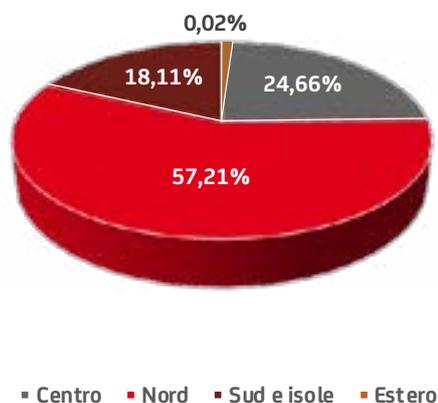
» **Tabella 5 - Dati di adesione al 31.12.2023 suddivisi per numero e fasce di età dei familiari a pagamento**

Descrizione polizza Descrizione sintetica polizza	NUMERO FAMILIARI A PAGAMENTO PER CLASSI DI ETÀ												
	CONIUGI				FIGLI				ALTRI				TOTALE
	FINO A 40	DA 41 A 50	OVER 50	TOTALE	FINO A 20	DA 21 A 30	OVER 30	TOTALE	FINO A 40	DA 41 A 50	OVER 50	TOTALE	
NUOVA PLUS dipendenti	484	1.652	3.959	6.095	52	1.162	294	1.508	132	182	468	782	8.385
EXTRA dipendenti	30	94	270	394	3	88	25	116	5	10	66	81	591
EXTRA 4 dipendenti	9	51	148	208	0	35	8	43	3	1	20	24	275
EXTRA 5 dipendenti	5	32	37	74	2	10	1	13	1	4	14	19	106
TOTALE DIPENDENTI	528	1.829	4.414	6.771	57	1.295	328	1.680	141	197	568	906	9.357
BASE pensionati	0	1	897	898	0	60	157	217	0	0	12	12	1.127
BASE + pensionati	0	2	1.929	1.931	0	111	251	362	0	0	29	29	2.322
STANDARD pensionati	0	1	742	743	0	49	111	160	0	0	7	7	910
PLUS pensionati	0	0	129	129	0	16	18	34	0	0	3	3	166
EXTRA pensionati	0	1	111	112	1	10	23	34	1	0	2	3	149
OVER 85 pensionati	0	0	65	65	0	0	0	0	0	0	2	2	67
TOTALE PENSIONATI	0	5	3.873	3.878	1	246	560	807	1	0	55	56	4.741
TOTALE GENERALE	528	1.834	8.287	10.649	58	1.541	888	2.487	142	197	623	962	14.098
<i>% sul totale</i>	5,0%	17,2%	77,8%	100,0%	2,3%	62,0%	35,7%	100,0%	15,8%	20,5%	64,8%	100,0%	

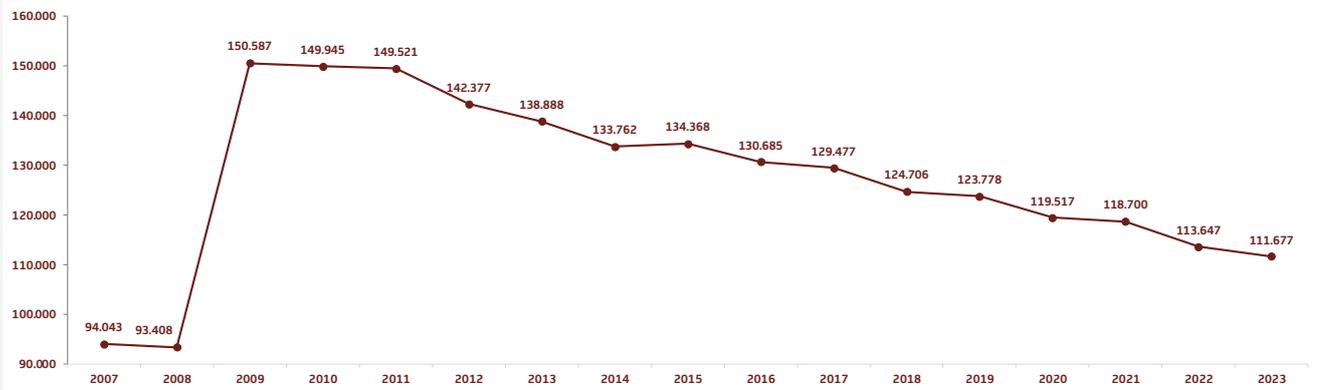
» Tabella 6 - Dati di adesione al 31.12.2023 suddivisi per regione e per area geografica

Regione	N. Assistiti	%
Abruzzo	797	0,7%
Basilicata	279	0,2%
Calabria	757	0,7%
Campania	4.668	4,2%
Emilia Romagna	11.355	10,2%
Friuli Venezia Giulia	2.251	2,0%
Lazio	20.697	18,5%
Liguria	1.789	1,6%
Lombardia	26.133	23,4%
Marche	1.426	1,3%
Molise	477	0,4%
Piemonte	10.538	9,4%
Puglia	3.191	2,9%
Sardegna	862	0,8%
Sicilia	9.990	8,9%
Toscana	3.023	2,7%
Trentino Alto Adige	931	0,8%
Umbria	1.600	1,4%
Valle d'Aosta	244	0,2%
Veneto	10.646	9,5%
Estero	23	0,0%
Totale complessivo	111.677	100,0%

Assistiti 2023: distribuzione % per area geografica

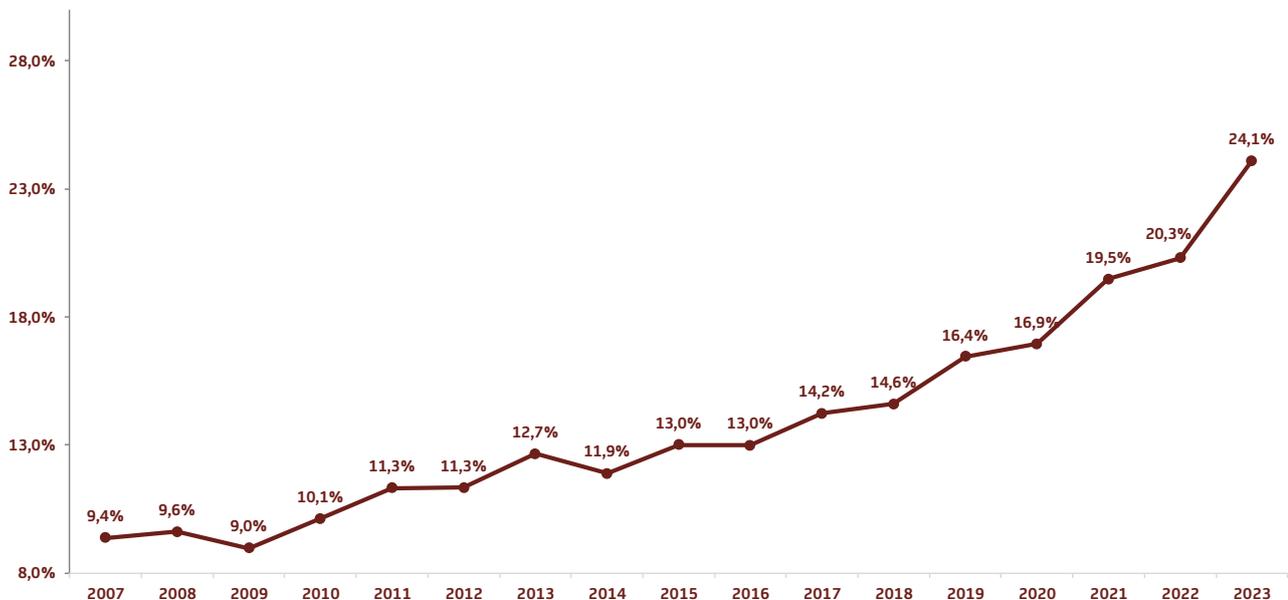


» **Tabella 7 - Evoluzione del numero di assistiti dal 2007 al 2023**



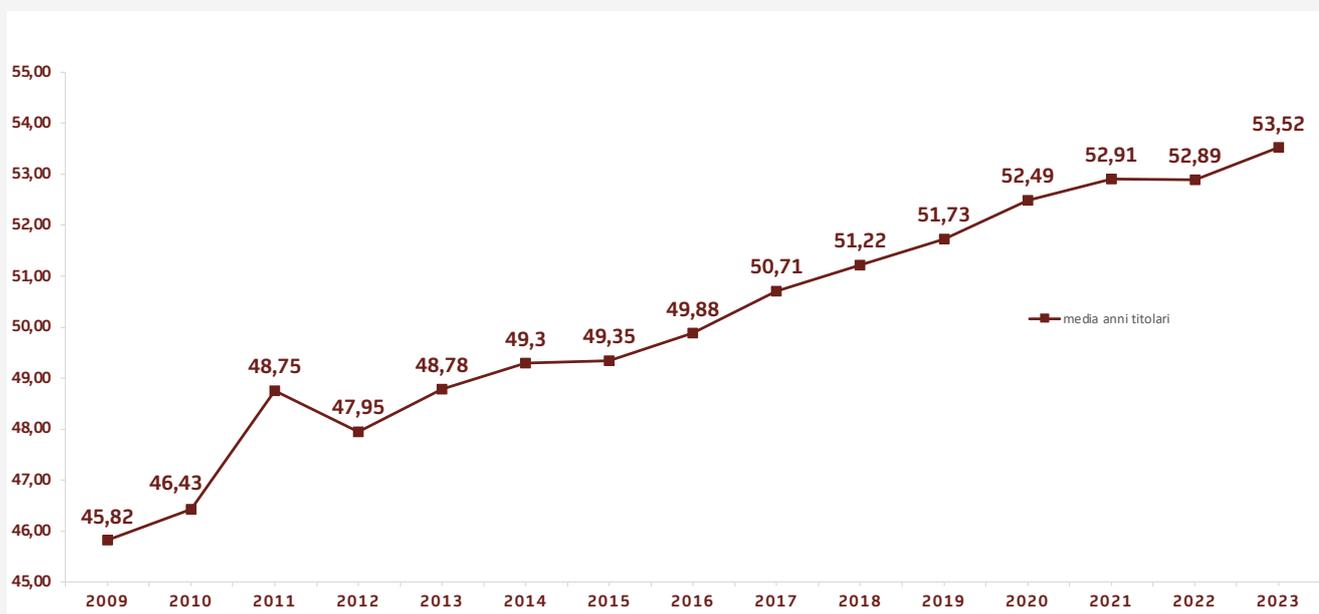
Nota: il picco di assistiti rilevato nel 2009 è legato all'operazione di fusione tra gli ex Gruppi bancari Unicredito e Capitalia ed alla conseguente adesione dei dipendenti e pensionati di quest'ultima ad Uni.C.A.

» **Tabella 8 - Rapporto pensionati/dipendenti dal 2007 al 2023**



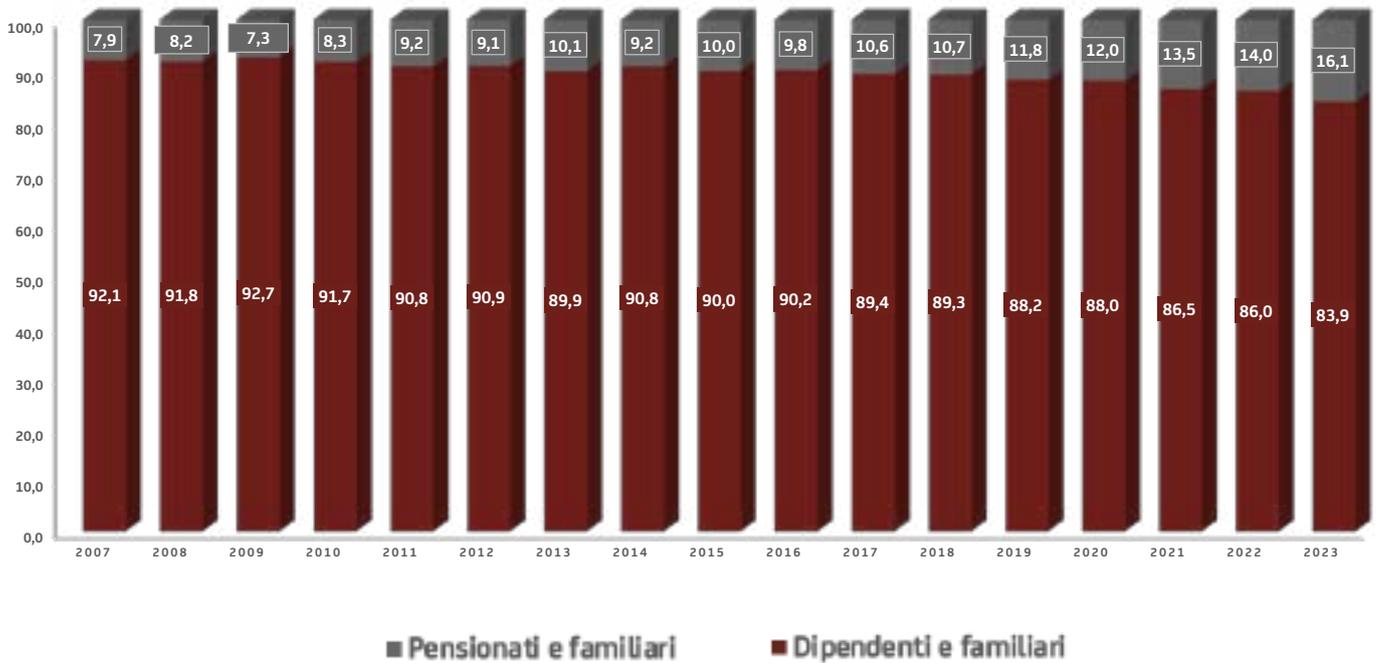
Nota: la tabella evidenzia il trend di crescita del rapporto percentuale tra il numero dei titolari pensionati e il numero dei titolari dipendenti

» Tabella 9 - Trend età media dei titolari

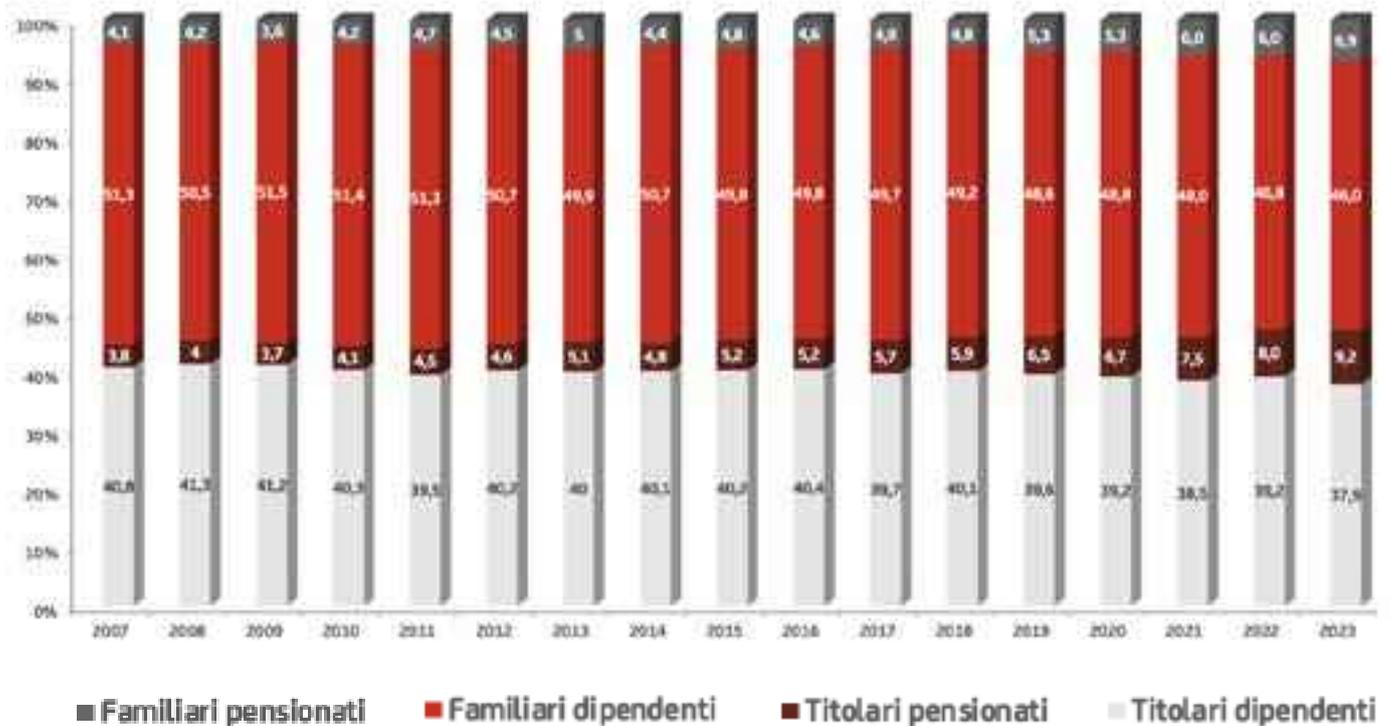


Nota: La tabella evidenzia il trend crescente dell'età media della popolazione iscritta.

» Tabella 10 - Evoluzione percentuale per macro-categorie di iscritti dal 2007 ad oggi



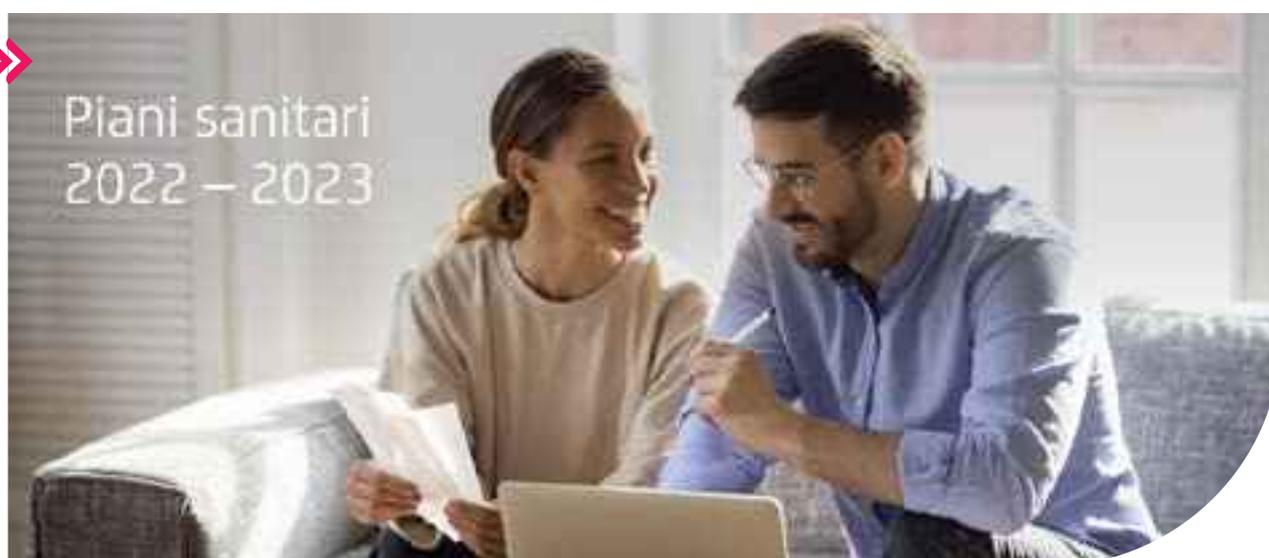
» Tabella 11 - Evoluzione percentuale per tipologia di iscritti dal 2007 ad oggi



6. Il servizio agli assistiti.

6.1 I Piani Sanitari 2022-2023. Operatività

A gennaio 2023 Uni.C.A. ha avviato le adesioni cosiddette “infrapiano” che, come previsto nel secondo anno di validità delle coperture, consentono a specifiche categorie di iscritti di effettuare nuovamente le scelte relative al piano sanitario ed ai familiari da includere in copertura.



In particolare, il processo ha riguardato i dipendenti che, nel corso del 2023, hanno acquisito l'inquadramento di dirigente oppure, se già dirigenti, un differente Global Band Title, nonché i dipendenti e gli esodati che hanno acquisito lo status di pensionati. A tutte le citate variazioni è correlata l'attribuzione di una diversa copertura sanitaria rispetto a quella assegnata o scelta ad avvio del biennio di validità dei piani sanitari.

Con la riorganizzazione delle coperture operata per il biennio 2024-2025 di cui si dirà nel paragrafo successivo, le adesioni infrapiano non terranno più conto della variazione del Global Band Title non più previsto.

Lato coperture odontoiatriche, dal 2017 la Cassa gestisce in totale autoassicurazione il relativo rischio, affidandosi per la sola gestione del servizio a Aon Pronto Care (Aon Advisory and Solutions srl), facente parte del Gruppo Aon Italia, provider di provata esperienza nel settore e positivamente sperimentato nel corso degli anni.

6.2 Il rinnovo dei Piani Sanitari per il nuovo biennio 2024-2025

A partire dal secondo trimestre del 2023, l'Associazione è stata assorbita dalle attività inerenti al rinnovo dei Piani sanitari per il biennio 2024-2025.

Il processo di ricognizione commerciale ha richiesto, come di consueto, un'analisi propedeutica del mercato di riferimento (Compagnie assicurative da coinvolgere) e di valutazioni tecniche concernenti l'attuale assetto delle prestazioni.



In virtù della ormai collaudata collaborazione, la Cassa si è avvalsa della società di consulenza esterna Marsh la quale, grazie alla conoscenza del mercato assicurativo e delle competenze professionali e tecniche correlate all'attività svolta, ha fornito supporto con indicazioni e suggerimenti durante le varie fasi della nuova ricognizione commerciale.

Peraltro, il coinvolgimento del consulente Marsh, ha garantito alla Cassa di essere compliant rispetto alle previsioni del protocollo n. 6 "Rapporti con le Compagnie

assicurative, Provider e altri enti privati" di cui al Modello di organizzazione e gestione ex D. Lgs. 231/01 adottato da Uni.C.A..

La trattativa commerciale, che ha visto interessate le principali Compagnie assicurative italiane operanti nel ramo salute, si è rivelata particolarmente complessa soprattutto per le criticità segnalate dalle stesse Compagnie in ordine alla situazione del sistema sanitario pubblico, riconducibili al progressivo invecchiamento della popolazione italiana, alla crescente incidenza delle malattie croniche, alla riduzione della spesa sanitaria pubblica ed alla carenza del personale medico.

Nonostante la complessità del settore sanitario in generale e, in particolare, di quello intermediato dalle Compagnie, l'impegno profuso da tutte le parti coinvolte ha consentito di ottenere il miglior risultato possibile, ossia l'invarianza della struttura di prestazioni complessivamente offerte grazie ad una semplificazione dell'offerta dei piani sanitari sia per il personale in servizio che per quello in quiescenza: per i dipendenti è stato ridotto il numero dei piani sanitari con assegnazione degli stessi in base alla categoria inquadramentale di appartenenza (personale dirigente e non dirigente), mentre per i pensionati si è lavorato per il mantenimento delle coperture che sono risultate maggiormente preferite dagli interessati. Il rinnovo, garantito da un maggior contributo aziendale condiviso tramite accordo tra le Parti sociali aziendali, ha poi reso necessaria la revisione di alcune franchigie finalizzata alla sostenibilità prospettica delle relative prestazioni e di un adeguamento dei contributi per l'inclusione di familiari non fiscalmente a carico.

Sul fronte delle coperture odontoiatriche, si è lavorato in un’ottica di allineamento rispetto ai piani sanitari di base gestiti attraverso le polizze assicurative, ossia prevedendo l’assegnazione delle coperture ai dipendenti in modo analogo. A carattere generale, sono stati eseguiti alcuni interventi di rafforzamento delle coperture attraverso l’innalzamento dei massimali di spesa annui e l’aumento dei rimborsi per la ortognatodonzia (per il personale non dirigente).

Ad esito della ricognizione commerciale, è stata scelta la Compagnia Generali quale partner assicurativo per il prossimo biennio 2024-2025 per i piani sanitari di base ed è stato confermato il provider Aon Pronto Care per la gestione del servizio delle coperture dentarie, quest’ultimo in continuità.

6.3 La prevenzione. Chiusura delle iniziative 2022-2023.

Nel corso del 2023 sono proseguite le iniziative di prevenzione lanciate ad ottobre 2022, in particolare:

- la nona edizione della Campagna di prevenzione, rivolta a tutti i titolari ed estesa ai propri coniugi purché anch’essi dipendenti, esodati o pensionati iscritti ad Uni.C.A.;
- la mini-campagna di prevenzione odontoiatrica, riservata agli iscritti pensionati.



“Ci prendiamo cura della tua salute”

Campagna di prevenzione 2022-2023

Le iniziative si sono chiuse il **30 giugno 2023**.

Va evidenziato come questa edizione della Campagna di prevenzione sia stata più ampia rispetto alle precedenti in quanto arricchita di ulteriori esami ed accertamenti diagnostici, finalizzati alla rilevazione precoce di patologie oncologiche e cardiovascolari che, nel corso della vita, hanno maggiore probabilità di manifestarsi in particolari fasi quali la menopausa e l'andropausa.

Invece, la mini-campagna odontoiatrica è stata la prima edizione nel suo genere, in risposta alle esigenze manifestate dai pensionati, ai quali è stata anche offerta l'opportunità di accedere, per eventuali ulteriori prestazioni dentarie non ricomprese nell'iniziativa, alle tariffe convenzionate applicate dal provider di servizio Aon Pronto Care.

Nella consapevolezza del valore sociale e sanitario della prevenzione, la Cassa ha rivolto a quest'ambito estrema attenzione sin dai suoi primi anni di vita: ciò è ben rappresentato dagli investimenti effettuati, **circa 38 milioni di euro**, con un forte stimolo riveniente dall'apprezzamento crescente da parte degli associati che hanno fatto registrare, nel tempo, **circa 165.000 partecipazioni**.

Nelle tabelle che seguono sono indicati il numero dei partecipanti alla Campagna di prevenzione 2022-2023 per sesso e per tipologia di protocollo.

Tabelle 12 - Campagna di prevenzione 2022-2023. I numeri.

» Tabella 12.a - Suddivisione partecipanti per sesso

Numero partecipanti	
Uomini	13.008
Donne	13.552
Totale	26.560

» Tabella 12.b - Suddivisione partecipanti per protocollo

PROTOCOLLO	NUM PRESTAZIONI
PACCHETTO PREVENZIONE UNICA 2022-2023 DONNA < 40 ANNI	1.592
PACCHETTO PREVENZIONE UNICA 2022-2023 DONNA < 40 ANNI ESAMI AGGIUNTIVI	1.549
PACCHETTO PREVENZIONE UNICA 2022-2023 DONNA >= 40 - < 50 ANNI	4.148
PACCHETTO PREVENZIONE UNICA 2022-2023 DONNA >= 40 - < 50 ANNI ESAMI AGGIUNTIVI	4.131
PACCHETTO PREVENZIONE UNICA 2022-2023 DONNA >= 50 ANNI	7.812
PACCHETTO PREVENZIONE UNICA 2022-2023 DONNA >= 50 ANNI ESAMI AGGIUNTIVI	7.796
PACCHETTO PREVENZIONE UNICA 2022-2023 DONNA >=60 ANNI - III FASE	86
PACCHETTO PREVENZIONE UNICA 2022-2023 UOMO < 40 ANNI	1.248
PACCHETTO PREVENZIONE UNICA 2022-2023 UOMO >= 40 - < 50 ANNI	2.882
PACCHETTO PREVENZIONE UNICA 2022-2023 UOMO >= 40 - < 50 ANNI ESAMI AGGIUNTIVI	2.864
PACCHETTO PREVENZIONE UNICA 2022-2023 UOMO >= 50	8.820
PACCHETTO PREVENZIONE UNICA 2022-2023 UOMO >= 50 - < 60 ANNI - III FASE	50
PACCHETTO PREVENZIONE UNICA 2022-2023 UOMO >= 50 ESAMI AGGIUNTIVI	8.789
PACCHETTO PREVENZIONE UNICA 2022-2023 UOMO >= 60 ANNI - III FASE	287
TOTALE	52.054
Numero iscritti che hanno partecipato alla campagna	26.560

6.4 Le altre iniziative finanziate direttamente

Anche nel 2023 l'Associazione ha proceduto all'erogazione di contributi straordinari a fronte delle richieste avanzate da iscritti in situazione di salute particolarmente difficili; ciò in stretta aderenza alle previsioni della specifica Policy, approvata nel 2019 dal Consiglio di amministrazione di Uni.C.A., avente ad oggetto l'erogazione di contributi finalizzati a sostenere le esigenze di carattere sanitario degli iscritti che non trovano copertura nell'ambito delle polizze assicurative stipulate.

Con la Policy si è voluto fornire un aiuto agli associati costretti ad affrontare costi legati a cure sanitarie, anche di lungo periodo, per patologie particolarmente gravi, costi che possono ingenerare difficoltà economiche nell'ambito del proprio nucleo familiare.

A valere sul 2023, sono stati complessivamente erogati 2.800 euro.

Il documento di Policy e il modulo di richiesta di sostegno sono a disposizione degli associati sul sito di Uni.C.A, alla pagina "Attività finanziate direttamente".

6.5 La procedura reclami di Uni.C.A.

A decorrere dal 1° marzo 2023, in accordo con la Compagnia di assicurazione, è stata modificata la procedura Reclami dell'Associazione con particolare riferimento all'ambito delle prestazioni garantite da polizza assicurativa: per tali prestazioni ed eventuali richieste di informazioni correlate, è stato previsto un canale dedicato messo a disposizione della Compagnia, a cui è possibile, in caso di risposta ritenuta insoddisfacente, con l'attivazione del reclamo assicurativo. Tale impostazione è aderente a quanto previsto dalla normativa IVASS cui è soggetta l'Assicurazione in materia di reclami.

Nessuna variazione del processo, invece, per tutte le altre prestazioni non garantite da polizza assicurativa (es. cure dentarie gestite dal provider AON Pronto Care, etc.) per le quali, quindi, è stata confermata la procedura di reclamo interno di Uni.C.A.

Per quanto riguarda i sinistri per prestazioni garantite da polizza assicurativa con provider **Previmedical**:

- la Compagnia di assicurazione ha gestito 711 reclami assicurativi; Uni.C.A. ha ricevuto 41 segnalazioni di secondo livello relative a reclami assicurativi con esito negativo/insoddisfacente, di cui 17 sono conclusi con esito positivo;
- la Compagnia ha poi gestito 1.735 segnalazioni non classificabili come reclami assicurativi, ma come richieste di informazioni relative a pratiche autorizzate in forma diretta o liquidate in forma indiretta.

Per quanto riguarda i sinistri gestiti dal provider **Aon Pronto Care**:

- i reclami di primo livello processati sono stati 266 di cui 245 – circa 92% - relativi a richieste di chiarimenti;
- in secondo livello, i reclami inviati ad Uni.C.A. sono stati 6, di cui il 67% risolti positivamente.

Complessivamente, nel 2023 Uni.C.A. ha gestito in secondo livello 112 reclami di cui circa il 46% afferenti alla liquidazione dei sinistri ed il 10% relativi al processo di autorizzazione delle prestazioni sanitarie in forma diretta.

Soddisfacenti i tempi di evasione dei reclami in secondo livello (98% entro il termine di 30 giorni previsto dallo specifico regolamento). Tempistiche più lunghe di lavorazione sono da ricollegare alla necessità di maggiori approfondimenti delle pratiche, effettuati anche attraverso pareri richiesti ai consulenti medici di Uni.C.A.

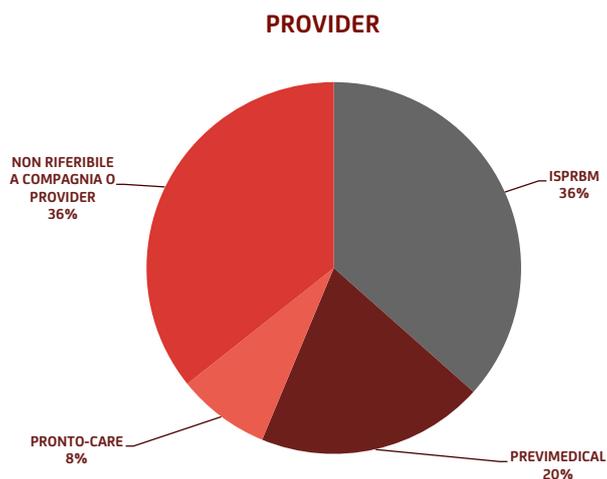
La procedura reclami si è confermata molto importante nel monitoraggio del servizio agli assistiti, consentendo di intercettare e gestire tempestivamente eventuali anomalie nel servizio e nella liquidazione dei sinistri.

» Tabella 13 - Reclami di secondo livello gestiti da Uni.C.A.

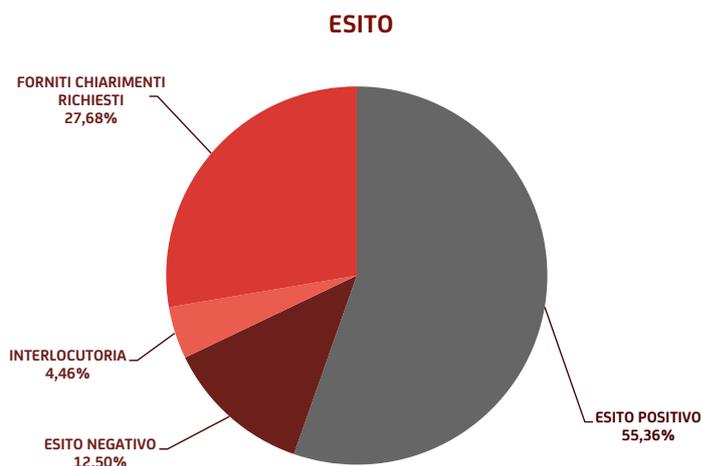
Reclami 2023 al 31.12.2023

	ISPRBM	PREVIMEDICAL	PRONTO-CARE	NON RIFERIBILE A COMPAGNIA O PROVIDER	TOTALI	% SU TOTALE
RECLAMI FORMALI	39	13	6	18	76	67,86%
RECLAMI NON FORMALI	2	9	3	22	36	32,14%
TOTALE RECLAMI	41	22	9	40	112	100,00%
RECLAMI EVASI	41	22	9	40	112	100,00%
RECLAMI IN CORSO			-	-	-	0,00%
TOTALE RECLAMI	41	22	9	40	112	100,00%
ESITO POSITIVO	17	17	6	22	62	55,36%
ESITO NEGATIVO	9		1	4	14	12,50%
INTERLOCUTORIA	3	1	1		5	4,46%
FORNITI CHIARIMENTI RICHIESTI	12	4	1	14	31	27,68%
TOTALE ESITO	41	22	9	40	112	100,00%
ENTRO 10 GG	25	18	6	38	87	77,68%
TRA 11 E 20 GG	12	2		2	16	14,29%
TRA 21 E 30 GG	3	1	3		7	6,25%
TRA 31 E 40 GG		1			1	0,89%
OLTRE 40 GG	1				1	0,89%
TOTALE TEMPI EVASIONE	41	22	9	40	112	100,00%
ADESIONE		2		29	31	27,68%
AGGIORNAMENTO CONTATTI PERSONALI				2	2	1,79%
AUTORIZZAZIONE PRESTAZIONE	5	5	1		11	9,82%
LIQUIDAZIONE	36	6	8	1	51	45,54%
PARERE PREVENTIVO		2			2	1,79%
PORTALE WEB		1			1	0,89%
PREVENZIONE		6		5	11	9,82%
VARIE				3	3	2,68%
TOTALE CATEGORIA RECLAMO	41	22	9	40	112	100,00%

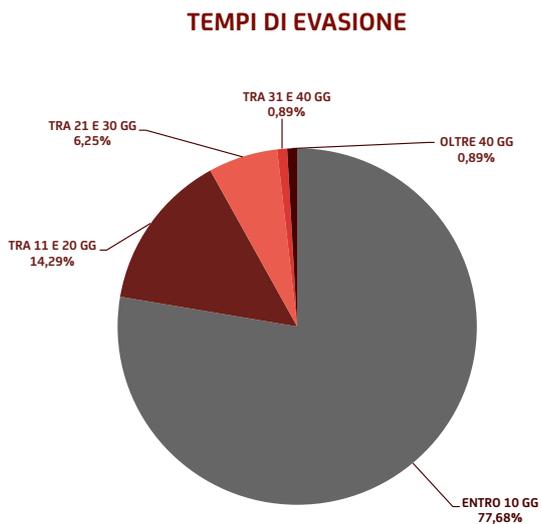
» Tabella 14 - Suddivisione dei reclami per tipologia



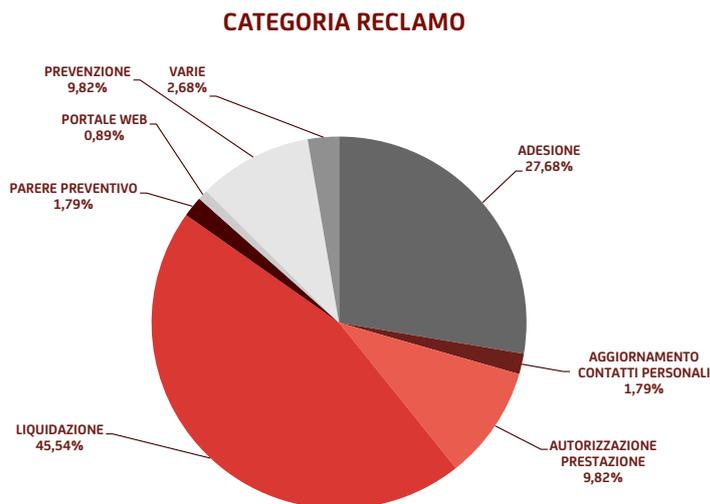
» Tabella 15 - Suddivisione per esito



» Tabella 16 - Suddivisione per tempi di evasione del reclamo



» Tabella 17 - Suddivisione per motivo del reclamo



7. Le attività di controllo della correttezza dei dati contenuti nel sistema anagrafico.

Lo scopo di questa attività, ormai consolidata nel tempo, è quello di garantire la correttezza formale e sostanziale delle informazioni contenute nell'anagrafe della Cassa, ossia la regolarità di iscrizione dei soli aventi diritto, nonché il rispetto delle condizioni statutarie e contrattuali di adesione.

Nel corso del 2023 sono state effettuate attività di controllo a campione in base alle quali, nei casi di disallineamento rispetto alle previsioni regolamentari e di polizza, sono state effettuate le relative regolarizzazioni.

Nel tempo, le attività di verifica si sono rivelate prezioso strumento, anche di monitoraggio, per la correttezza dell'anagrafe con conseguenti effetti anche sul rapporto tecnico delle coperture: Infatti, in base alle modifiche apportate per la regolarizzazione di familiari inclusi, nel 2019 (ultimo anno di verifiche massive e generalizzate) è stato stimato un miglioramento del rapporto tecnico di quasi 5 punti percentuali.



8. I rapporti tecnici.

8.1 Le coperture sanitarie di base (polizze assicurative)

Con riferimento alle coperture sanitarie di base non odontoiatriche garantite da polizze assicurative, i cosiddetti rapporti S/P o rapporti tecnici, ossia il rapporto tra i sinistri pagati ed i premi (dedotte le tasse) riconosciuti alla Compagnia di assicurazione, registrati negli anni presentano tendenzialmente un andamento sfavorevole.

La media aritmetica relativa al periodo 2007-2023 si attesta sul risultato di **103,7%**

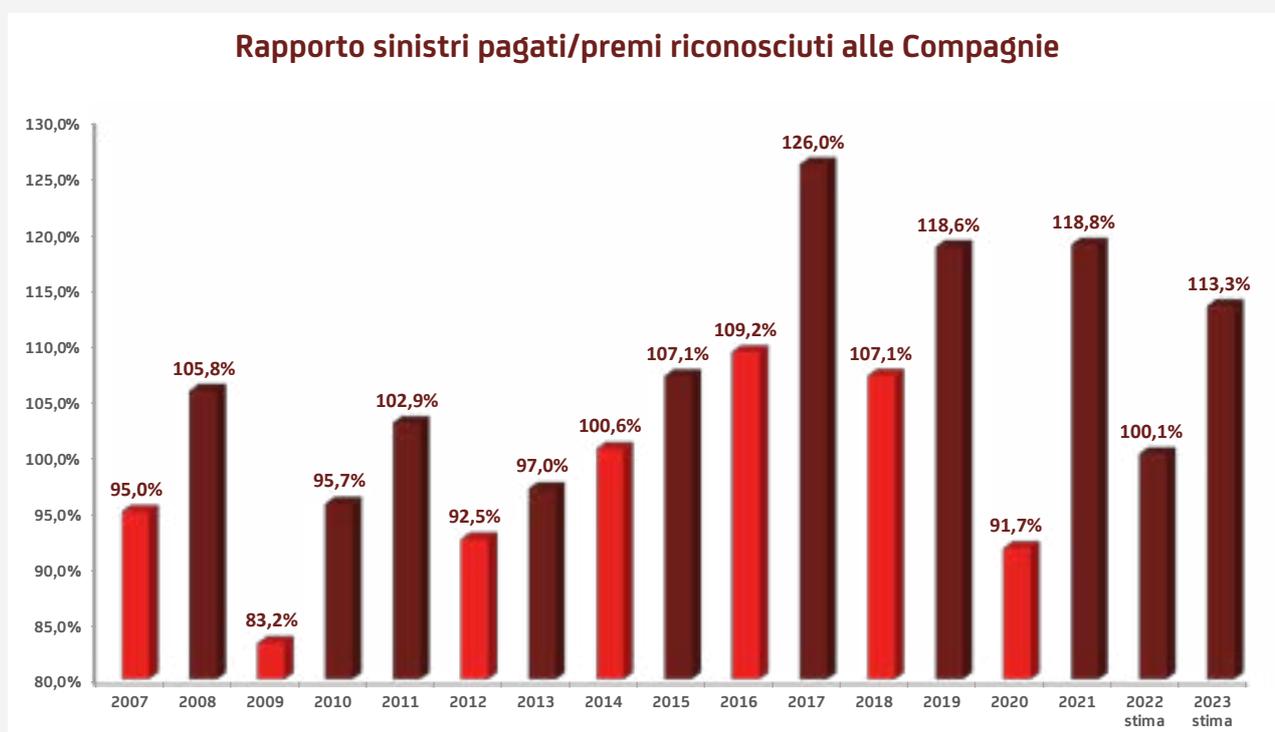
Soprattutto negli ultimi anni, ad eccezione dell'anno 2020 caratterizzato dal lockdown per via dell'emergenza pandemica, l'andamento negativo del rapporto S/P (sinistri/premi) è da attribuire all'aumento dei costi sanitari (la cosiddetta "inflazione medica") ed alla necessità, da parte degli iscritti, di ricorrere maggiormente alle coperture private a seguito delle difficoltà del Servizio sanitario nazionale e delle relative lunghe liste di attesa. Non va dimenticata, peraltro, la necessità di maggiori cure quale effetto del periodo di Covid durante il quale non è stato possibile accedere regolarmente alle strutture sanitarie, con conseguente aggravamento di situazioni patologiche o con l'insorgenza di patologie curabili qualora fossero stati possibili accertamenti preventivi.

Il risultato di chiusura del rapporto tecnico per il 2023, seppure ancora stimato (si rammenta che la misura definitiva del rapporto tecnico si avrà al termine dei due anni di prescrizione previsti per i rimborsi sanitari assicurativi), si attesta intorno al **113,3%**, dato che conferma le riflessioni sopra esposte in merito al maggior accesso alle cure sanitarie.

Va comunque detto che tale andamento, benché negativo, è stato contenuto in qualche modo dalle misure correttive introdotte nei Piani sanitari 2022-2023 (adeguamento delle franchigie su talune prestazioni) che hanno prodotto effetti di contenimento della spesa sanitaria, garantendo maggior equilibrio tra costi (premi pagati) e benefici (prestazioni rimborsate): di ciò ne è prova il rapporto tecnico del 2022, primo anno del piano sanitario biennale che, rispetto agli anni pregressi, si è attestato ad un livello inferiore.

Nelle tabelle che seguono sono evidenziati i dati relativi ai rapporti sinistri/premi, con focus sulle categorie dipendenti e pensionati e con aggregazione a livello territoriale e per fascia di età.

» Tabella 18 - Evoluzione del rapporto tecnico



» Tabella 19 - Evoluzione del rapporto tecnico per categorie di associati



» Tabella 20 - Rapporto tecnico territoriale



Elaborazione su dati forniti da ISRBM Salute S.p.A.

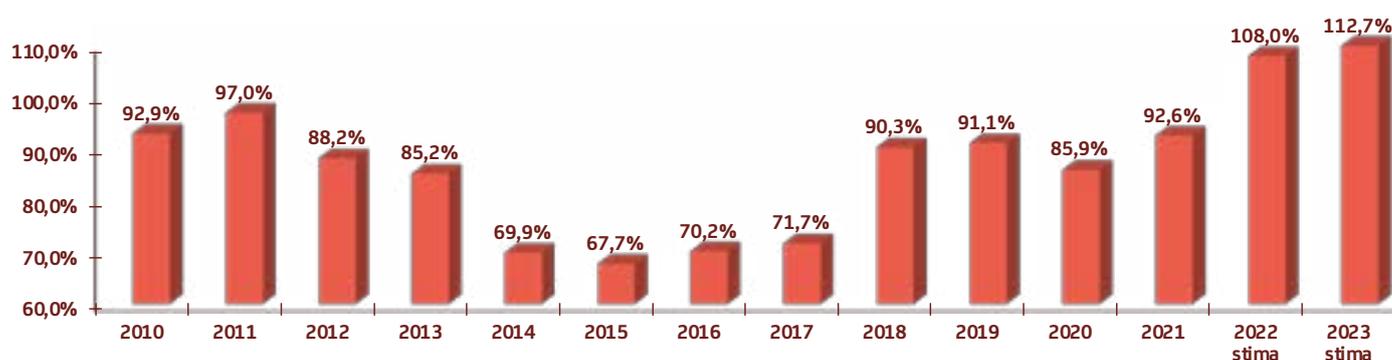
In rosso sono evidenziate le regioni con i rapporti tecnici più elevati. L'andamento tecnico di maggiore squilibrio si registra ancora una volta nel Lazio in cui si rilevano tradizionalmente i più alti utilizzi di polizza per l'insistenza su detto territorio di un alto numero di iscritti e per l'elevata presenza di strutture sanitarie.

8.2 Le coperture dentarie

Nel 2023, in continuità con il 2022 ma in controtendenza rispetto ai piani biennali progressivi, il rapporto tecnico relativo alle coperture odontoiatriche risulta negativo. Anche in questo caso, dagli approfondimenti effettuati con il provider Aon Pronto Care, le ragioni dell'andamento sono da ricondurre sia ad un aumento dei costi fuori Rete (effetto inflazione sanitaria), sia ad un incremento degli utilizzi per maggiori esigenze di cure da parte degli assistiti.

» Tabella 21 - Evoluzione del rapporto tecnico delle coperture dentarie

Rapporto sinistri/contributi



9. Le principali evidenze operative e gestionali. Sintesi.

Complessivamente, lato coperture non odontoiatriche, nel 2023 sono stati gestite circa 556 mila prestazioni attraverso le polizze assicurative, per circa 50,6 milioni di euro liquidati, di cui circa 37,7 milioni già pagati. Sulla base delle stime effettuate dalla Compagnia di assicurazione, saranno attribuibili all'annualità un numero complessivo di prestazioni superiore, per un totale di 61,8 milioni di euro complessivi.

Per quanto riguarda invece le coperture odontoiatriche, nel 2023, a fronte di circa 40.700 sinistri complessivi, sono stati rimborsati circa 10,8 milioni di euro, di cui 8 milioni relativi allo stesso 2023 e 2,8 milioni relativi ad anni precedenti. Operativamente, dal 2017 il provider Aon Pronto Care ha provveduto a rimborsare direttamente gli assistiti (per i sinistri gestiti in forma indiretta) e i dentisti (per i sinistri gestiti in forma diretta), mentre l'Associazione si è occupata del pagamento dei rimborsi richiesti relativi agli anni precedenti.



Sono state incassate, tramite il processo SDD (Sepa Direct Debit) o tramite bonifico, le quote relative ai pensionati non “canalizzati”, ossia senza trattenuta dei contributi di Uni.C.A. sul cedolino di pensione pagata dai fondi pensione del Gruppo UniCredit, per un totale di 10,523 milioni di euro riferiti a n. 6.661 posizioni. Va ricordato che il numero dei non canalizzati è cresciuto sensibilmente a partire dall'annualità 2022 in relazione all'operazione di capitalizzazione delle posizioni previdenziali individuali opzionata dalla maggior parte dei pensionati aderenti ai Fondi pensione del Gruppo UniCredit, fatto questo che non ha più consentito l'addebito dei contributi attraverso i fondi stessi.

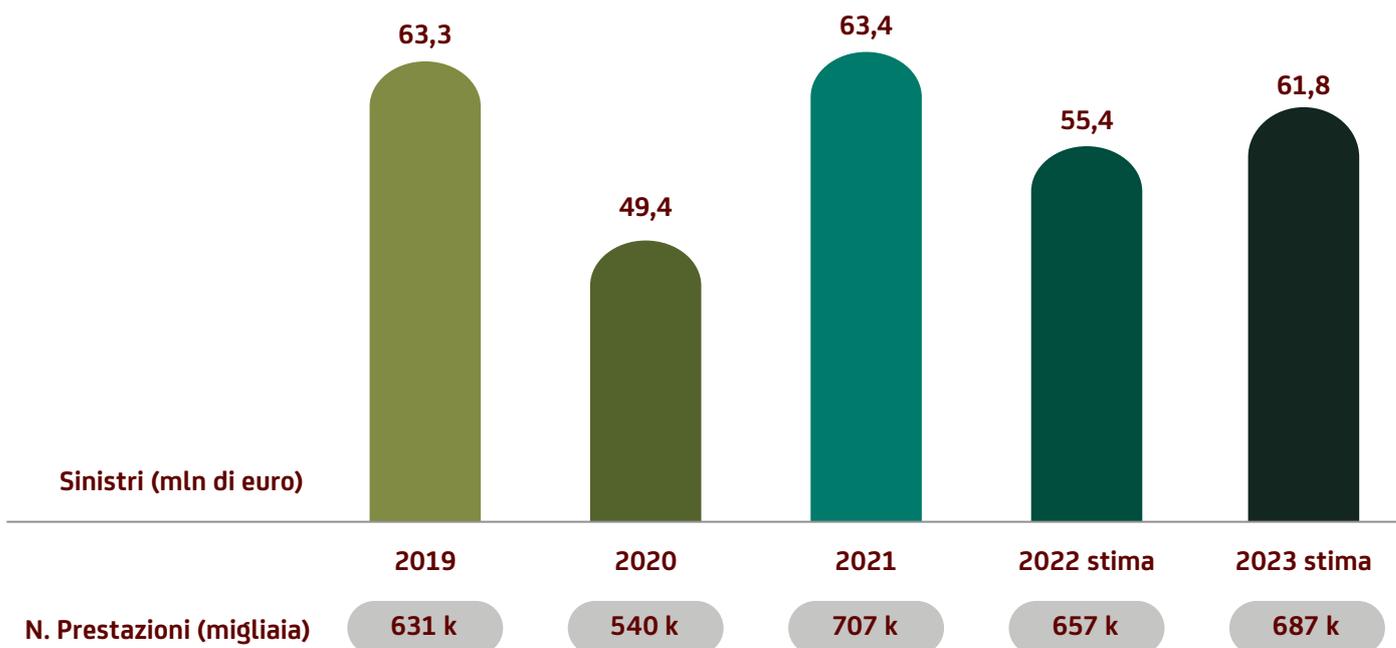
A seguito del mancato pagamento dei contributi dovuti, 31 iscritti appartenenti al personale in quiescenza sono stati estromessi dall'Associazione, in ottemperanza alle previsioni statutarie.

10. Le prestazioni erogate: analisi e confronto con anni precedenti.

10.1 Andamenti delle coperture di base

Con il passare dei mesi e con la progressiva uscita dalla situazione emergenziale dovuta alla pandemia, la ripresa dei consumi sanitari ha registrato un incremento via via crescente sino a ritornare e superare i livelli di consumo registrati prima del Covid-19. Nel 2023, i livelli di consumo registrati sono tornati ad avvicinarsi ai valori del 2019, ossia ante periodo pandemico, come evidenziato nella seguente tabella.

Dati di andamento annuale a confronto

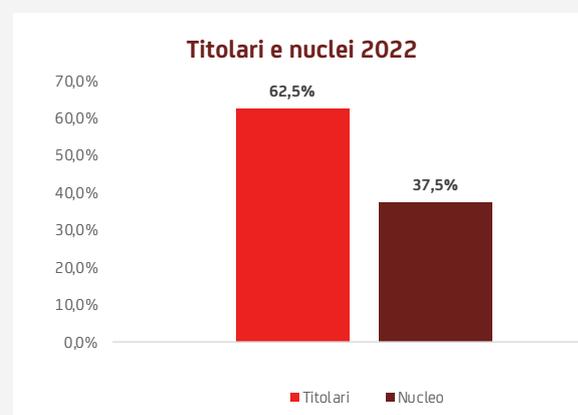
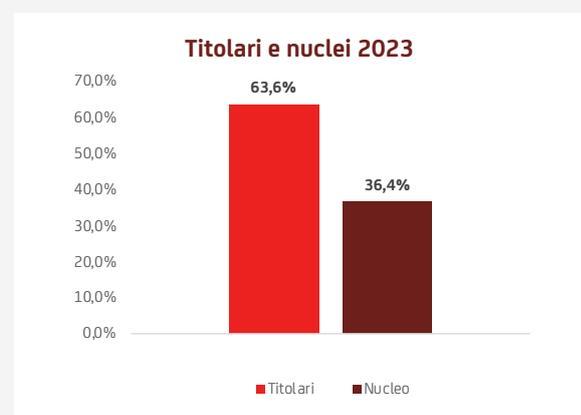
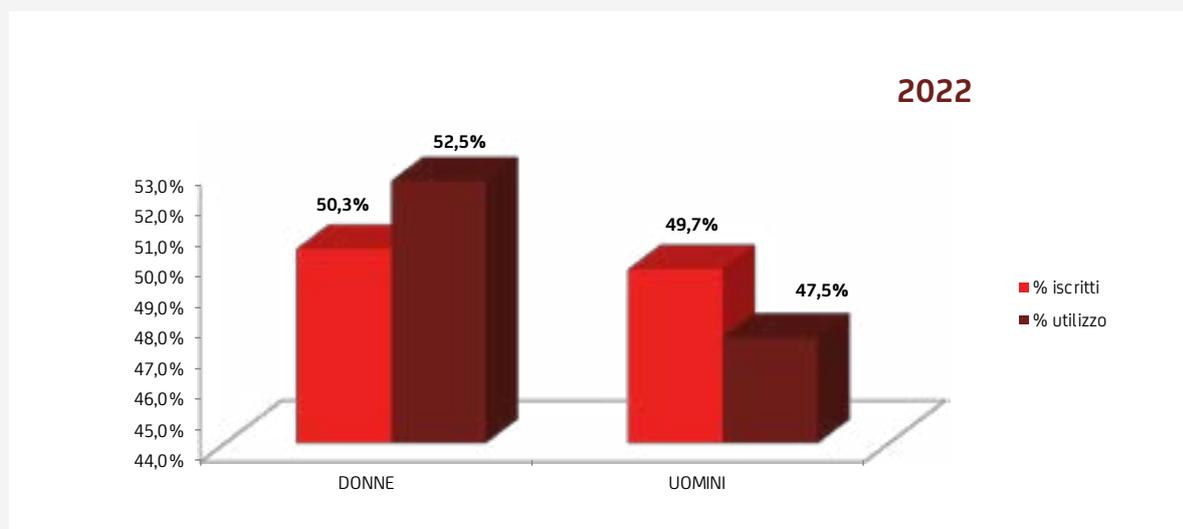
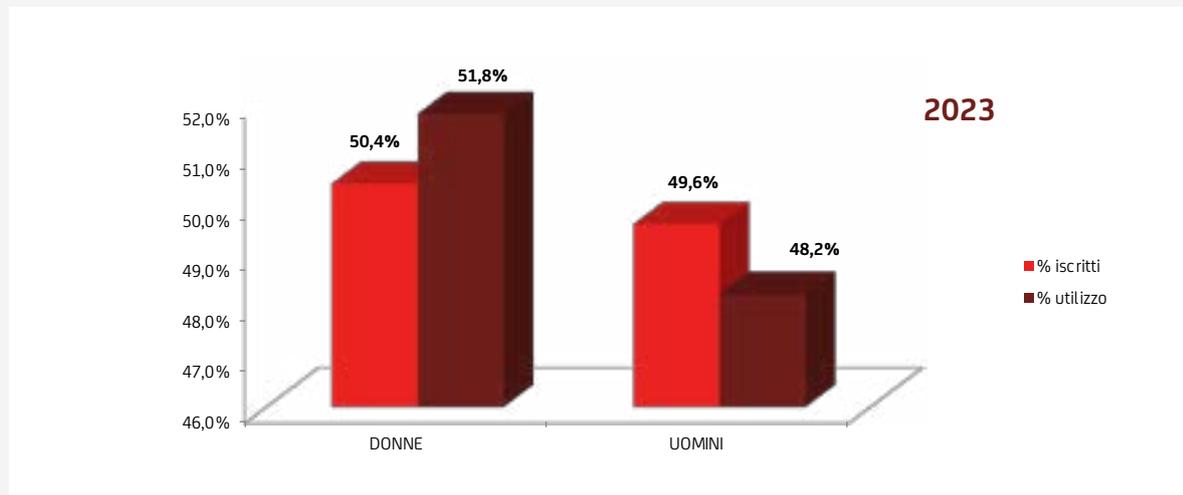


Fonte dati: ISRBM Salute S.p.A.

Posto il cosiddetto “effetto rimbalzo” dei sinistri post situazione emergenziale legata al Covid-19, nel 2023 i consumi sanitari hanno continuato a crescere. Al 31.12.2023 risultano liquidati 50,6 milioni di sinistri corrispondenti a circa 556.000 prestazioni; il predetto importo comprende una parte di sinistri non ancora pagati, mentre la differenza rispetto a quanto indicato nella precedente tabella sia in termini di sinistri che in termini di numero di prestazioni è quanto ha valutato statisticamente la Compagnia come già avvenuto, pur in assenza di pervenimento di richiesta di indennizzo.

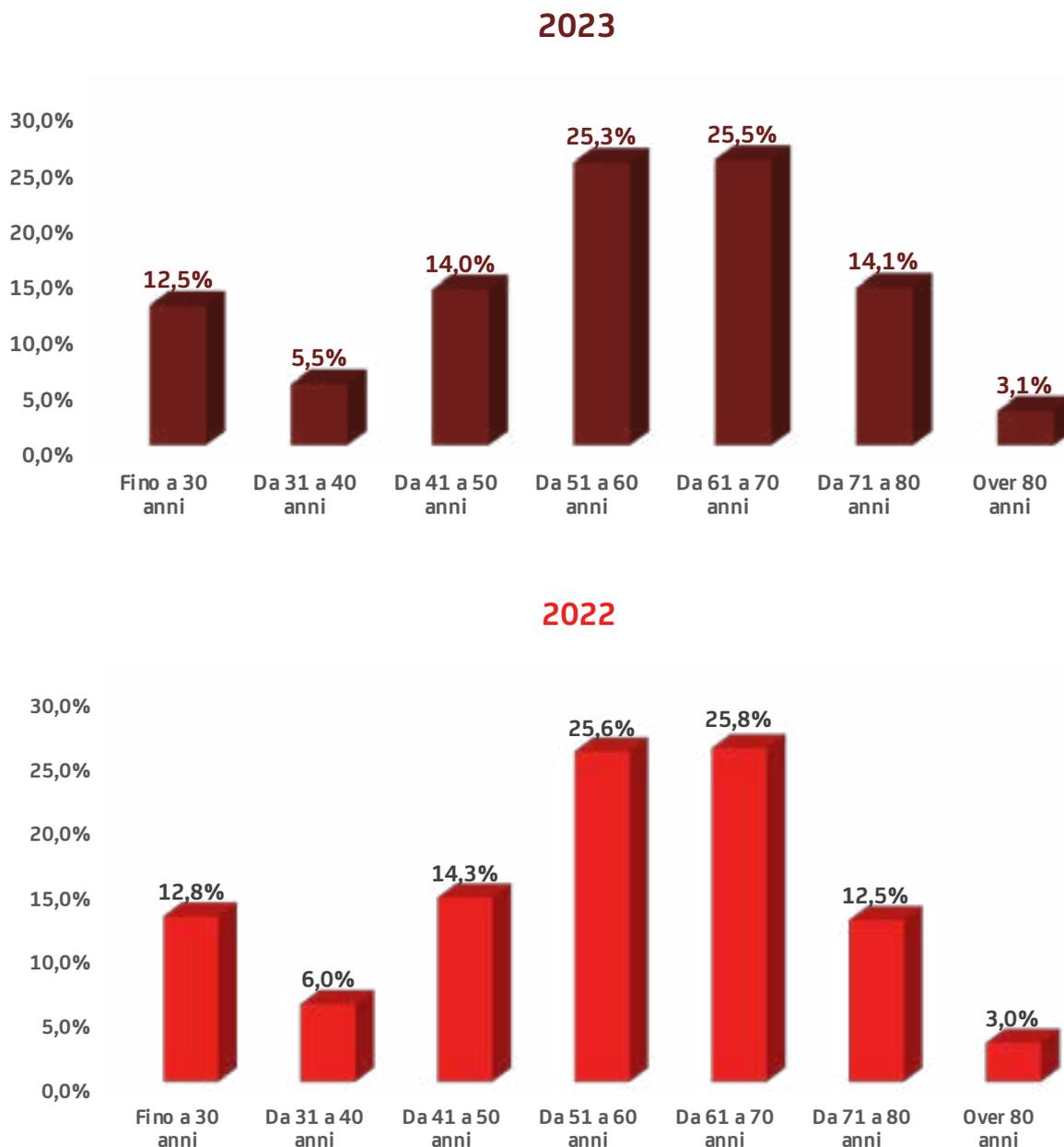
Nei grafici seguenti sono evidenziati e posti a confronto per due annualità (2023 e 2022) vari aspetti degli utilizzi di prestazioni di polizza da parte degli associati.

» Tabella 22 - Focus sulla distribuzione degli utilizzi



Elaborazione su dati forniti da ISRBM Salute S.p.A.

» Tabella 23 - Utilizzi delle polizze di base per fasce di età

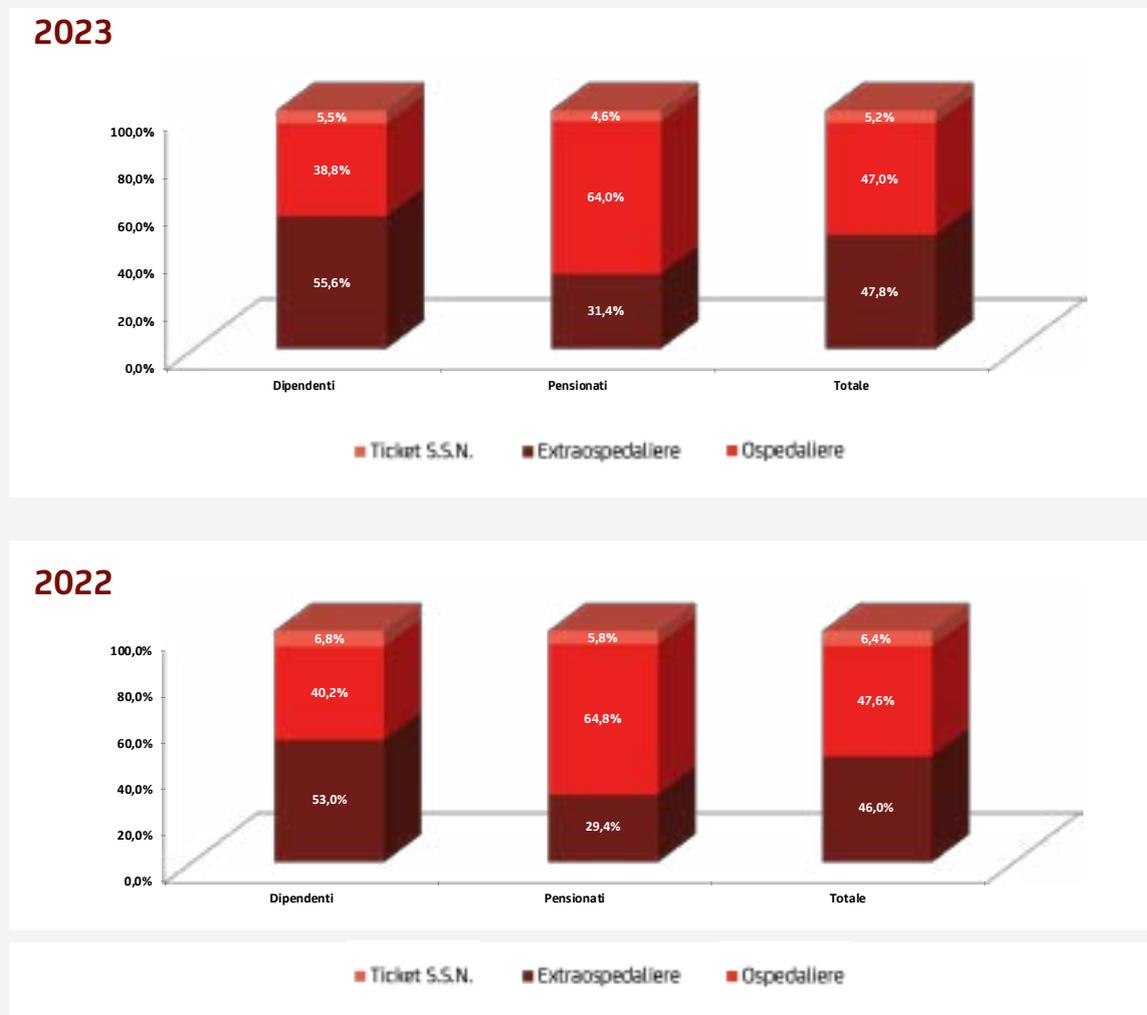


Elaborazione su dati forniti da ISRBM Salute S.p.A.

Per quanto riguarda la distribuzione degli utilizzi per fasce di età, i dati del 2023 sono analoghi a quelli dell'anno precedente; si osserva che al crescere dell'età aumenta l'utilizzo della polizza; rimane un'eccezione il dato relativo alla fascia di età <30 anni che caratterizza tutte le polizze ed è legato all'effettuazione di visite e per prevenzione.

Nei successivi grafici si conferma la differente prevalenza di sinistri tra dipendenti e pensionati: nel primo caso, gli utilizzi sono maggiori nell'area extraospedaliera (visite specialistiche, accertamenti, cure e terapie, ecc....), mentre nel secondo caso l'area ospedaliera (ricoveri) è quella a maggior assorbimento di sinistri. Tale dato trova conferma anche nella suddivisione delle macro-prestazioni per tipo di polizza.

» Tabella 24 - Utilizzi per macro aree di prestazioni

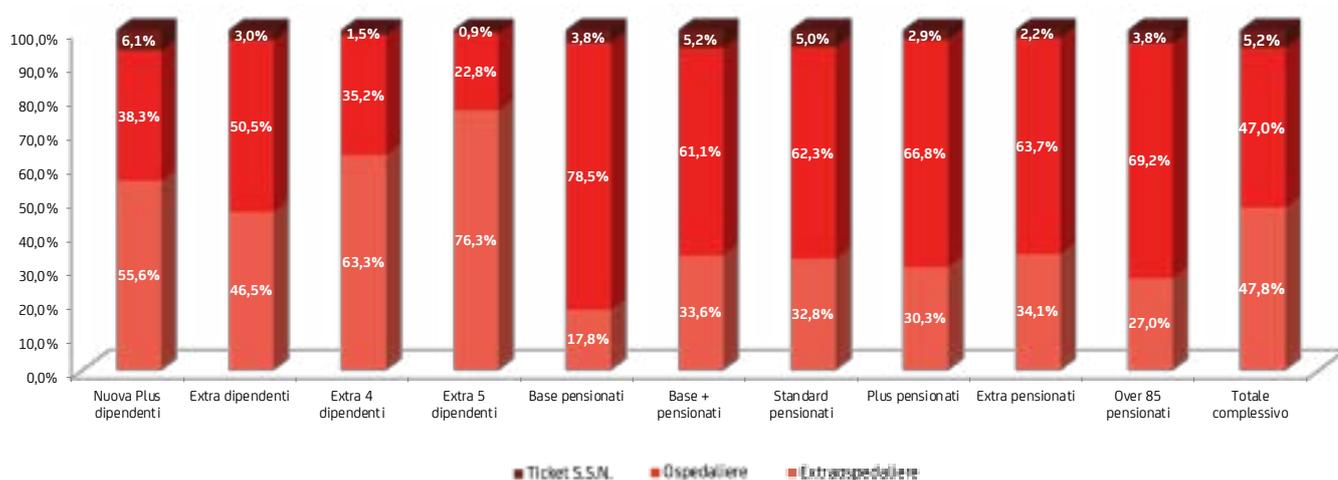


Nel confronto tra i due anni emerge una sostanziale invarianza degli utilizzi per macro-categoria di prestazioni.

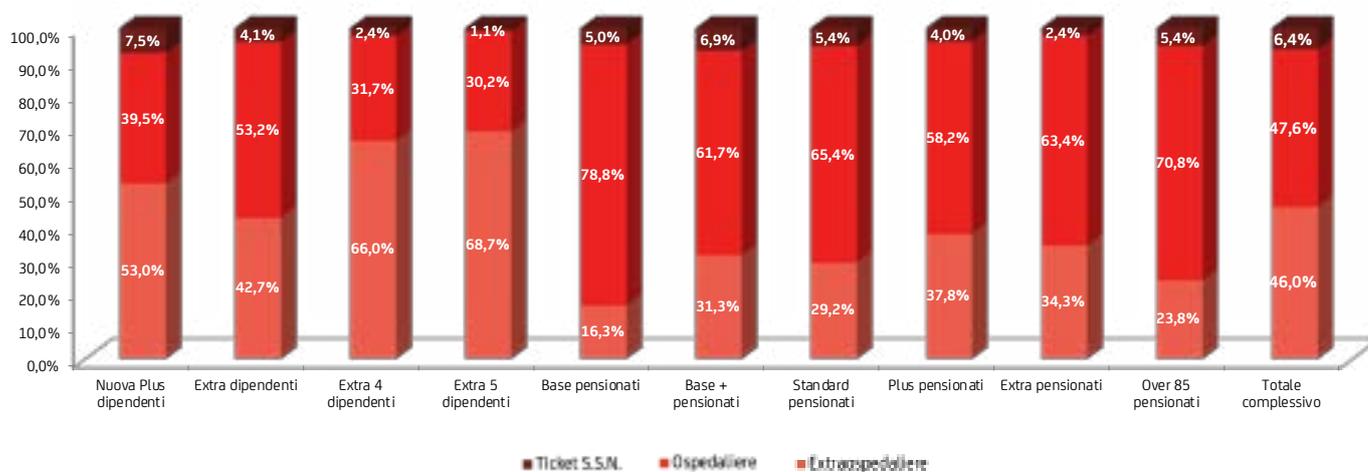
La tendenza degli utilizzi per le due categorie di iscritti, dipendenti e pensionati, si conferma anche nelle tabelle seguenti che riportano maggiori dettagli.

» Tabella 25 - Utilizzi per macro aree di prestazioni e tipo di polizza di base

Utilizzi 2023



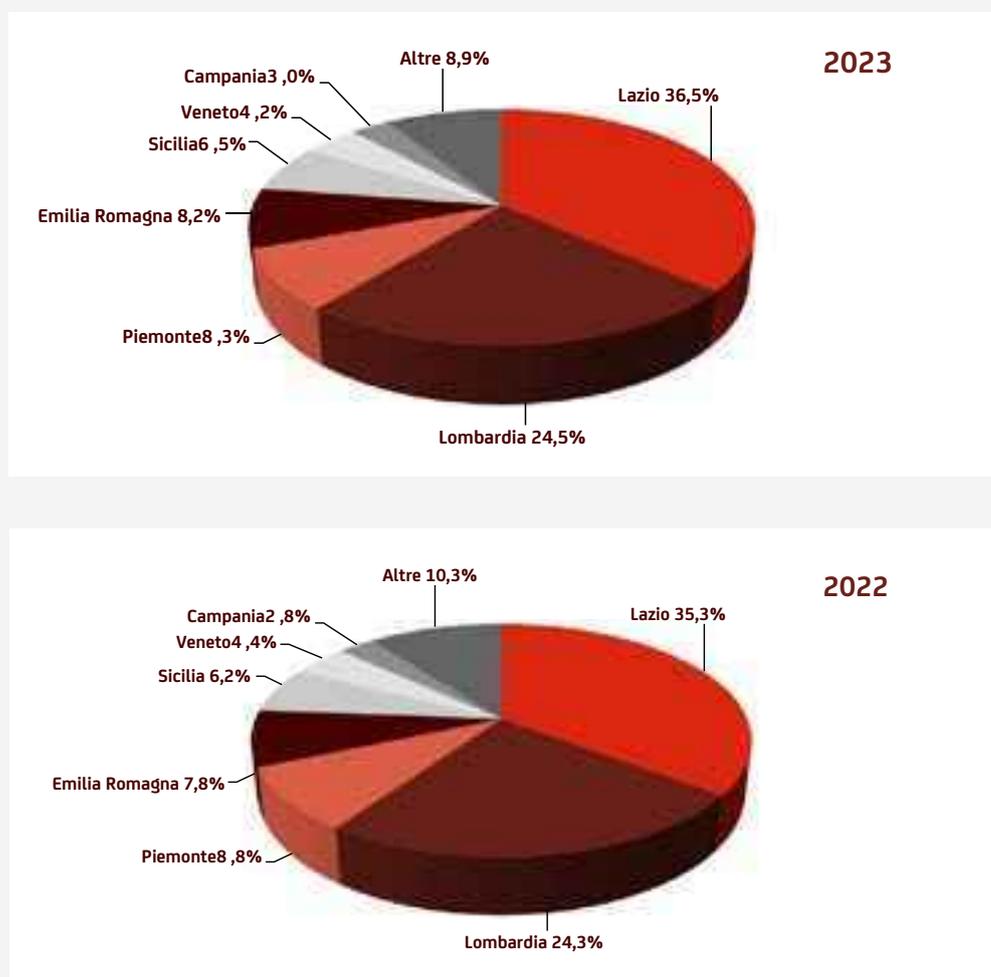
Utilizzi 2022



Elaborazione su dati forniti da ISRBM Salute S.p.A.

Ulteriori dettagli sulle tipologie di prestazioni a cui gli associati hanno fatto ricorso sono evidenziati nelle tabelle che seguono, che forniscono una visione più ampia, anche a livello di singola Regione, del liquidato rispetto ai sinistri presentati.

» Tabella 26 - Ripartizione del liquidato per Regione



Elaborazione su dati forniti da ISRBM Salute S.p.A.

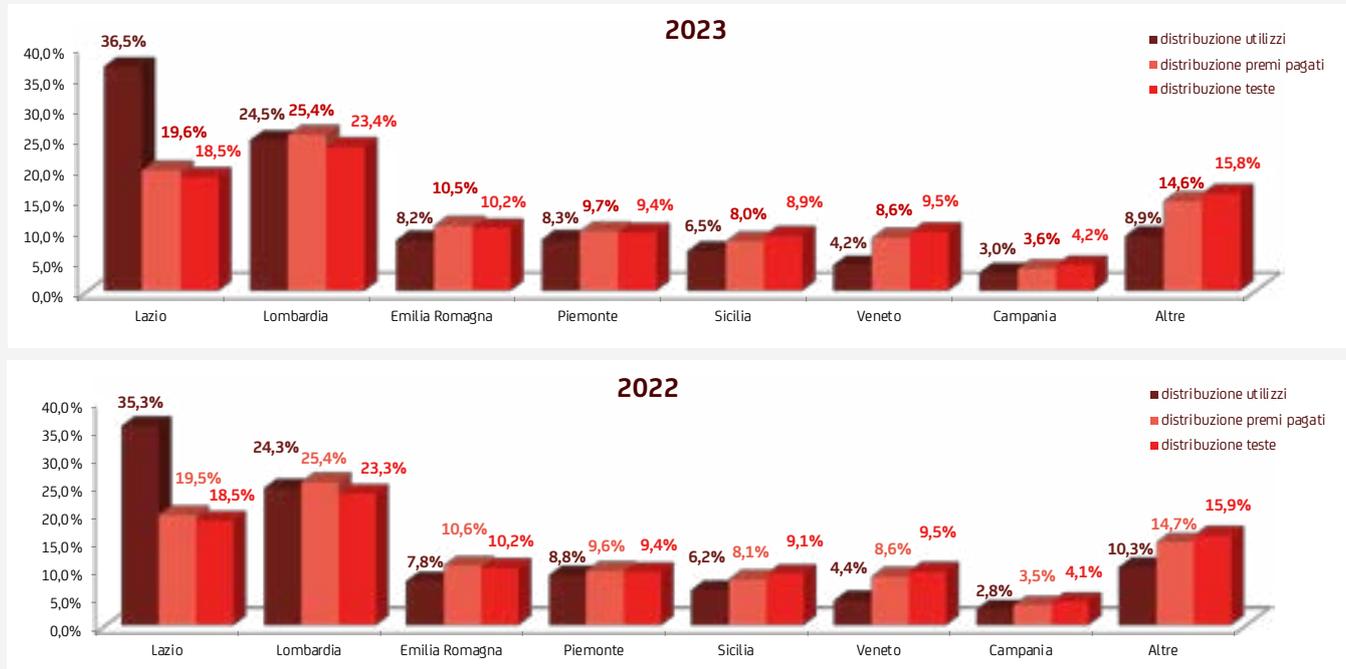
Per quanto riguarda la distribuzione geografica dei sinistri, in continuità rispetto agli anni precedenti, il Lazio (area Centro) è la regione dove si concentra il maggior numero di sinistri pagati, seguito dalla Lombardia (area Nord Ovest), in buona sostanza le due Regioni in cui insistono il maggior numero degli iscritti. Con riferimento al Lazio, come già accennato nelle pagine precedenti, si tratta di un fenomeno conosciuto dovuto ad una serie di fattori, quali l'elevata offerta di strutture sanitarie convenzionate e il ricorso a prestazioni prevalentemente

» Tabella 27 - Distribuzione del liquidato per Regione in valori assoluti e percentuale di utilizzatori

REGIONE	SINISTRI LIQUIDATI	UTILIZZATORI		MEDIA UTILIZZI
		N.	% SU TOTALE ASSISTITI	
Abruzzo	200.755,28	452	56,7%	444,15
Basilicata	52.868,29	142	50,9%	372,31
Calabria	203.420,60	451	59,6%	451,04
Campania	1.499.161,12	2.672	57,2%	561,06
Emilia Romagna	4.365.282,92	7.178	63,2%	608,15
Friuli Venezia Giulia	458.416,61	1.160	51,5%	395,19
Lazio	16.852.452,59	14.234	68,8%	1.183,96
Liguria	684.493,36	1.057	59,1%	647,58
Lombardia	12.810.190,93	16.426	62,9%	779,87
Marche	348.891,40	768	53,9%	454,29
Molise	162.379,46	260	54,5%	624,54
Piemonte	4.378.776,73	6.571	62,4%	666,38
Puglia	884.203,22	1.835	57,5%	481,85
Sardegna	177.222,99	421	48,8%	420,96
Sicilia	3.431.148,50	5.736	57,4%	598,18
Toscana	1.093.207,90	1.712	56,6%	638,56
Trentino Alto Adige	152.154,38	387	41,6%	393,16
Umbria	324.323,28	818	51,1%	396,48
Valle d'Aosta	50.780,73	107	43,9%	474,59
Veneto	2.392.357,89	5.953	55,9%	401,87
Estero (Expat commuter)	32.428,18	39	169,6%	831,49
Totale complessivo	50.554.916,36	68.379	61,2%	739,33

Elaborazione su dati forniti da ISRBM Salute S.p.A.

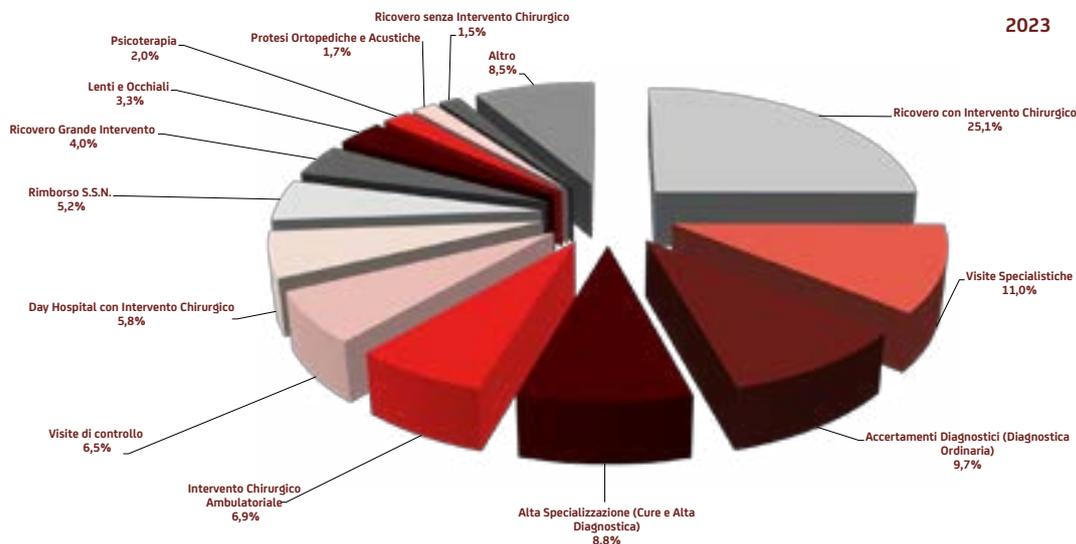
» Tabella 28 - Distribuzione per Regione del liquidato atteso, dei premi pagati e degli assistiti

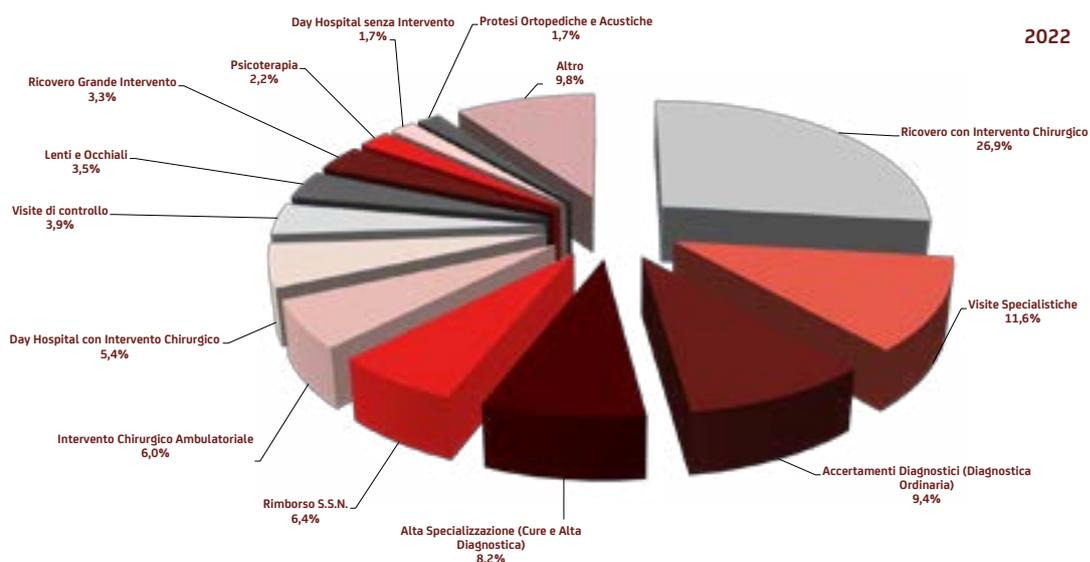


Elaborazione su dati forniti da ISRBM Salute S.p.A.

La distribuzione rappresentata nel 2023, pressoché analoga a quella del 2022, rapporta i dati di sinistri, premi e teste di ciascuna regione sui rispettivi totali di liquidato atteso, di premi e di teste a livello complessivo nazionale.

» Tabella 29 - Distribuzione liquidato per prestazione

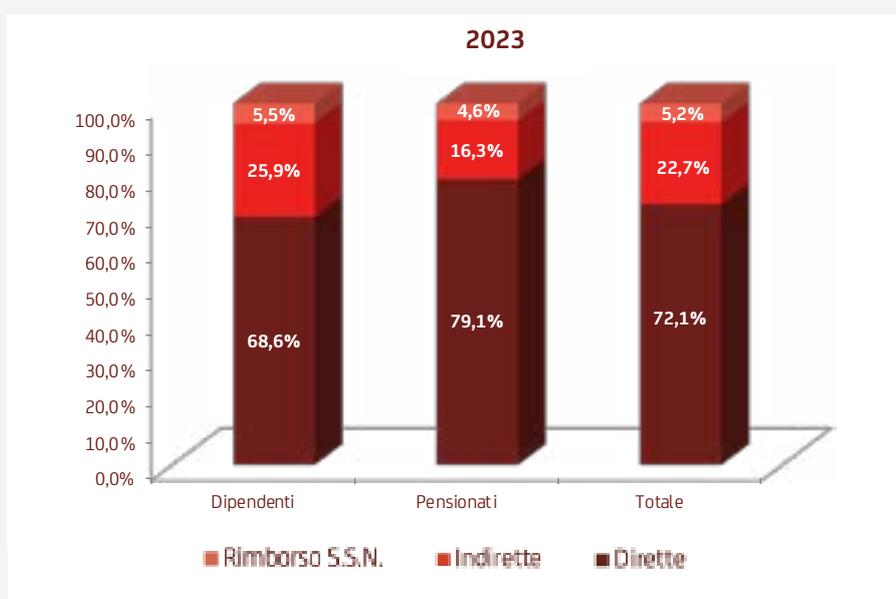




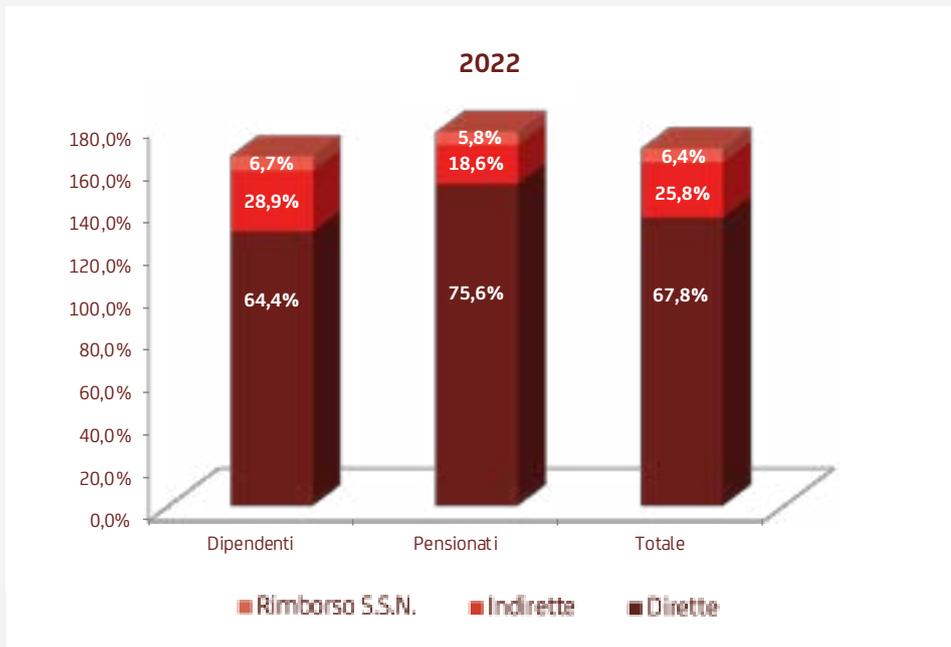
Elaborazione su dati forniti da ISRBM Salute S.p.A.

Con riguardo al regime di erogazione (cfr. tabella 30), rispetto al 2022 prevale il maggior ricorso alle prestazioni in forma diretta ossia presso le strutture del network convenzionato, rispetto a quella indiretta.

» Tabella 30 - Utilizzi suddivisi per modalità di accesso alle prestazioni



Elaborazione su dati forniti da ISRBM Salute S.p.A.



Elaborazione su dati forniti da ISRBM Salute S.p.A.

» Tabella 31 - Dettaglio del pagato per macro aree e tipologia di prestazioni
– Tasso di pagamento per garanzia

TIPO PRESTAZIONE	GARANZIA	NETWORK	N. PRATICHE	PAGATO	% DI RIMBORSO
OSPEDALIERE	RICOVERO SENZA INTERVENTO	DIRETTO	510	819.022	93,5%
		INDIRETTO\TICKET	1.433	348.980	74,6%
	DH CON INTERVENTO	DIRETTO	1.401	1.546.191	87,7%
		INDIRETTO\TICKET	287	202.419	69,4%
	DH SENZA INTERVENTO	DIRETTO	76	367.333	86,2%
		INDIRETTO\TICKET	156	52.379	70,9%
	RICOVERO CON INTERVENTO	DIRETTO	7.809	7.573.844	88,5%
		INDIRETTO\TICKET	1.232	1.426.504	75,2%
	INTERVENTO AMBULATORIALE	DIRETTO	2.248	1.967.648	90,1%
		INDIRETTO\TICKET	1.437	611.372	54,3%
DIARIA	DIRETTO	9	650	100,0%	
	INDIRETTO\TICKET	1.591	839.896	100,0%	
	ALTRO (accompagnatore, trasporto e rimpatrio salma, etc)	INDIRETTO\TICKET	61	15.174	99,0%
OSPEDALIERE Totale			18.250	15.771.411	85,16%
EXTRAOSPEDALIERE	VISITE SPECIALISTICHE	DIRETTO	25.223	1.638.626	66,2%
		INDIRETTO\TICKET	55.423	4.788.906	56,5%
	TERAPIE ORTOPEDICHE	DIRETTO	6.932	236.493	90,1%
		INDIRETTO\TICKET	372	101.835	81,3%
	PROTESI/PRESIDI	DIRETTO	17	50.548	87,0%
		INDIRETTO\TICKET	350	688.910	69,4%
	MEDICINALI	INDIRETTO\TICKET	970	24.369	82,6%
	CURE ONCOLOGICHE	DIRETTO	590	142.553	99,3%
		INDIRETTO\TICKET	747	161.936	88,5%
	LENTI/OCCHIALI	DIRETTO	1.027	155.921	62,1%
		INDIRETTO\TICKET	10.251	1.501.065	49,0%
	ALTRE TERAPIE	DIRETTO	27	906	99,7%
		INDIRETTO\TICKET	609	87.092	87,0%
	ALTA DIAGNOSTICA	DIRETTO	14.779	3.030.412	90,1%
		INDIRETTO\TICKET	4.319	636.908	68,0%
	ACCERTAMENTI/PRESTAZIONI MEDICHE	DIRETTO	37.499	3.417.059	73,5%
INDIRETTO\TICKET		37.773	1.783.249	47,6%	
EXTRAOSPEDALIERE Totale			196.908	18.446.787	63,94%
CURE DENTARIE	CURE DENTARIE	DIRETTO	10.158	16	85,5%
		INDIRETTO\TICKET	191.897	435	78,1%
CURE DENTARIE Totale			202.055	451	78,36%
PREVENZIONE	PREVENZIONE	DIRETTO	27.297	2.676.105	99,7%
		INDIRETTO\TICKET	2.350	209.716	88,5%
PREVENZIONE Totale			29.647	2.885.821	98,79%
ALTRE PRESTAZIONI	ALTRE PRESTAZIONI (COPERTURE OPZIONALI INTEGRATIVE)	DIRETTO	447	14.619	99,7%
		INDIRETTO\TICKET	9.037	582.345	88,5%
ALTRE PRESTAZIONI Totale			9.484	596.963	72,08%
Totale complessivo			456.344	37.701.434	73,75%

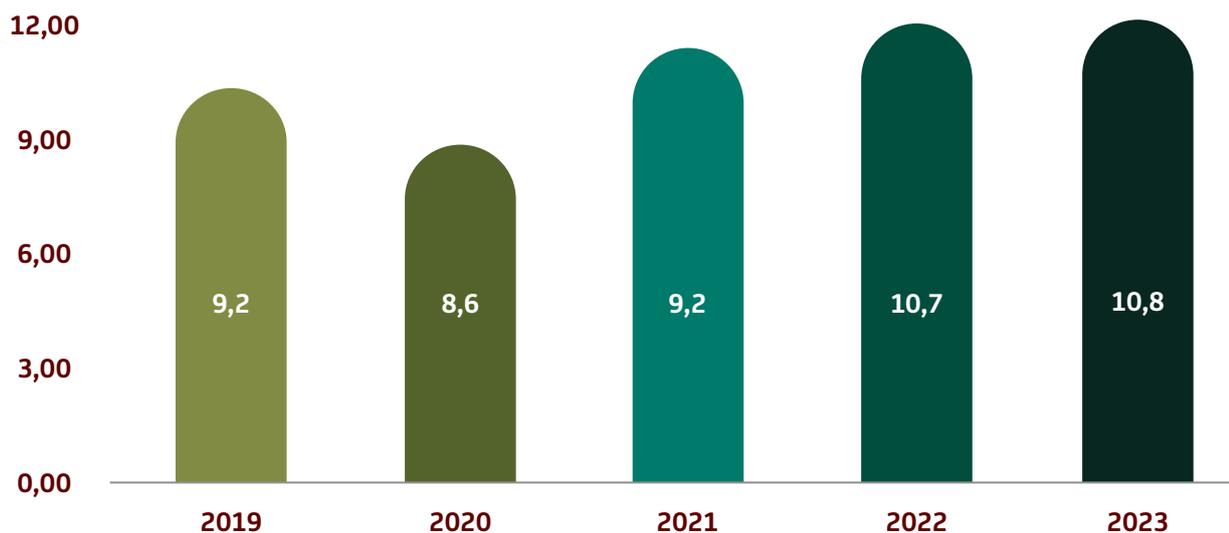
» Tabella 32 - Suddivisione del liquidato e percentuali di utilizzi per tipologia di iscritti

TIPOLOGIA DI ISCRITTI	SINISTRI LIQUIDATI IN €	UTILIZZATORI		MEDIA UTILIZZI IN €
		N.	% SU TOTALE ASSISTITI	
DIPENDENTI E NUCLEI	34.929.379,61	56.219	60,0%	621,31
PENSIONATI E NUCLEI	15.625.536,75	12.160	67,7%	1.284,99
Totale complessivo	50.554.916,36	68.379	61,2%	739,33

Elaborazione su dati forniti da ISRBM Salute S.p.A.

Nel 2023 si conferma l'aumento dell'utilizzo delle coperture odontoiatriche.

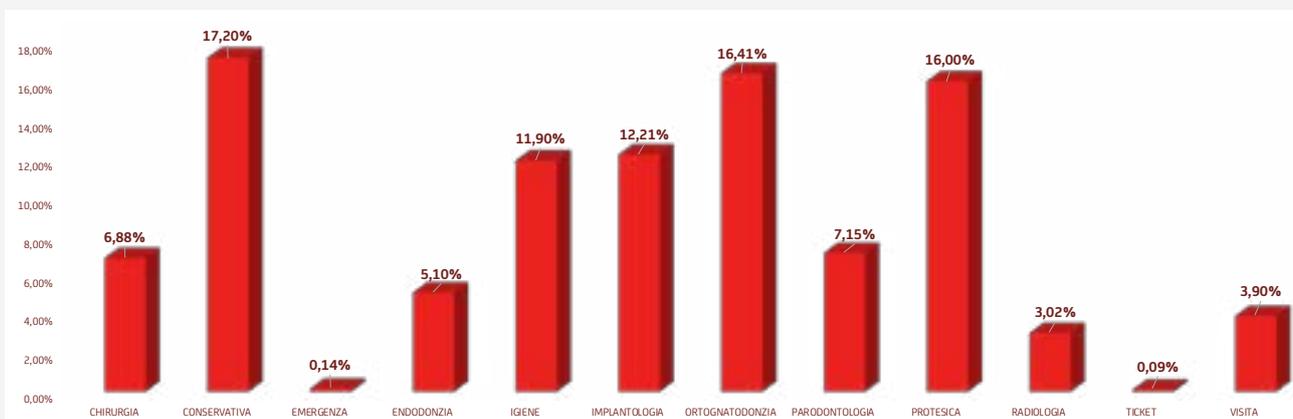
Dati di andamento annuale a confronto (sinistri in milioni/€)



L'aumento (ancora stimato) degli utilizzi di copertura è supportato dal maggior numero di sinistri già pagati nell'anno: infatti al 31.12.2023 risultano pagati n. 34.256 sinistri contro i n. 31.541 pagati al 31.12.2022.

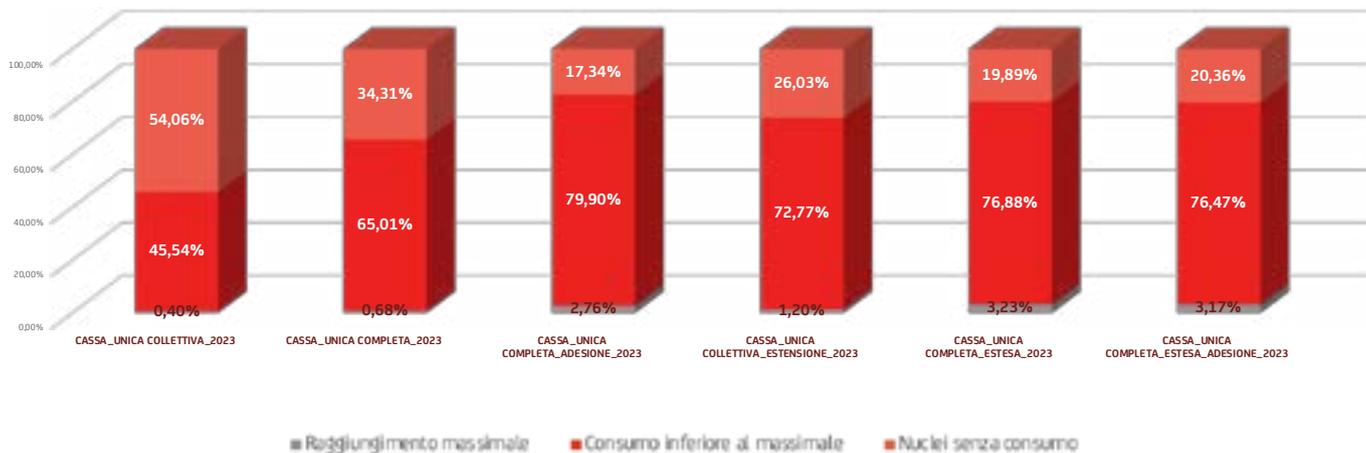
Tabelle 33 - Utilizzi delle coperture

» Tabella 33.a - Distribuzione del liquidato per tipologia di prestazione



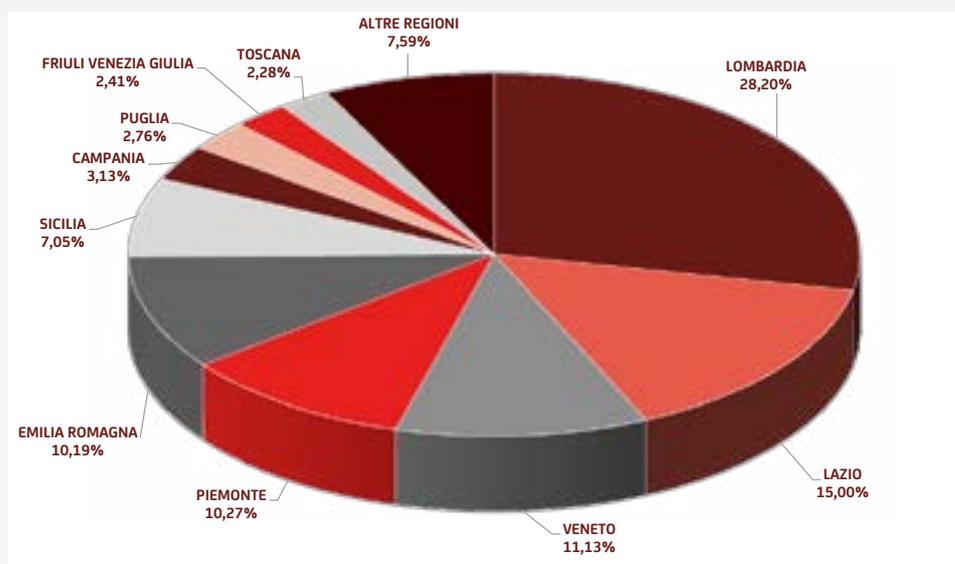
Elaborazione su dati forniti da Aon Pronto Care. Non viene considerata la polizza Denti Treviso gestita da ISRBM Salute S.p.A.

» Tabella 33.b - Analisi spesa odontoiatrica



Elaborazione su dati forniti da Aon Pronto Care. Non viene considerata la polizza Denti Treviso gestita da ISRBM Salute S.p.A.

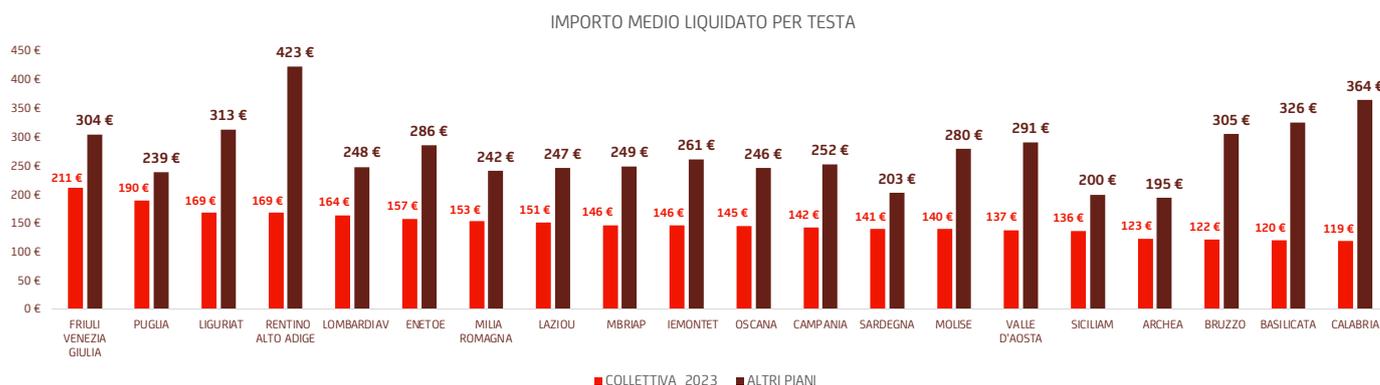
» Tabella 33.c - Distribuzione liquidato per Regione



Elaborazione su dati forniti da Aon Pronto Care. Non viene considerata la polizza Denti Treviso gestita da ISRBM Salute S.p.A.

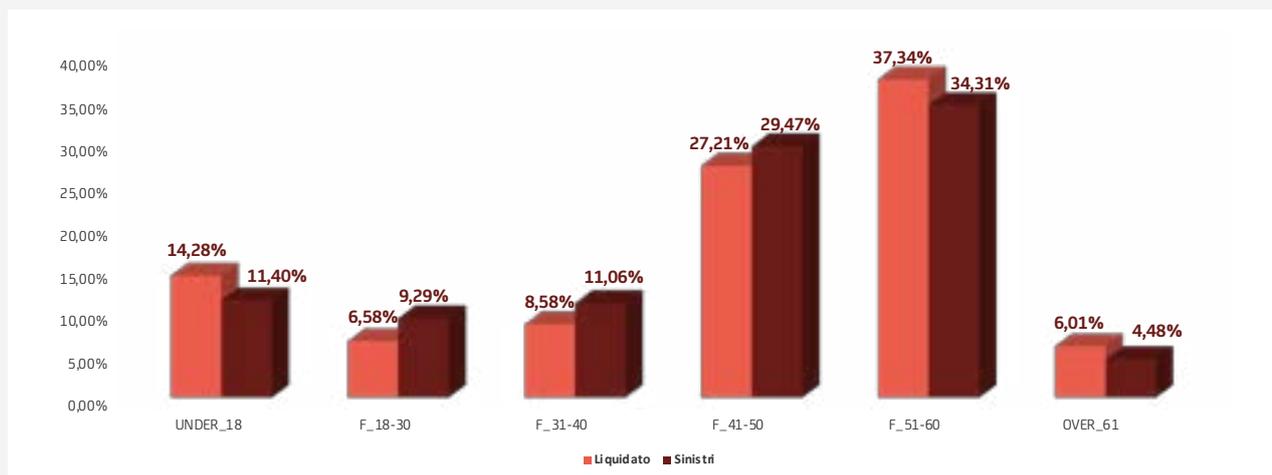
» Tabella 33.d - Importo medio del liquidato pro-capite

MEDIA NAZIONALE
 Collettiva: 155€ Altri piani: 252€



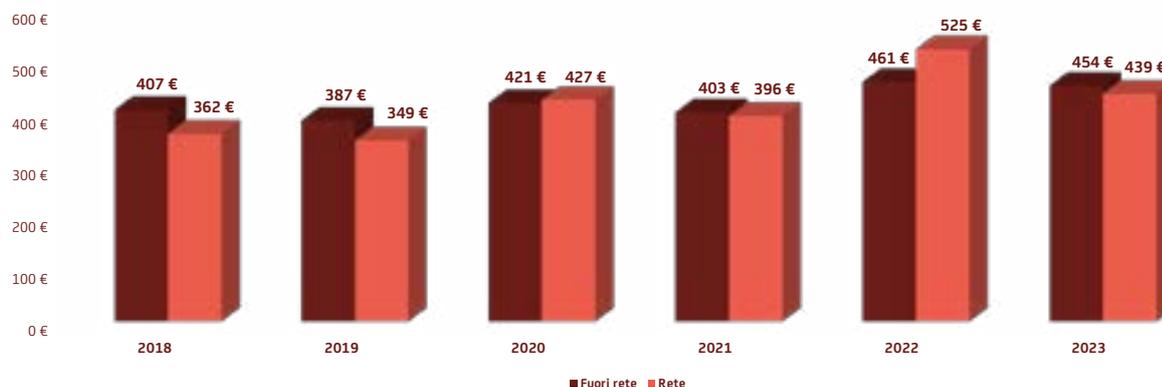
Elaborazione su dati forniti da Aon Pronto Care. Non viene considerata la polizza Denti Treviso gestita da ISRBM Salute S.p.A.

» Tabella 33.e - Percentuale di sinistri e liquidato – suddivisione per età



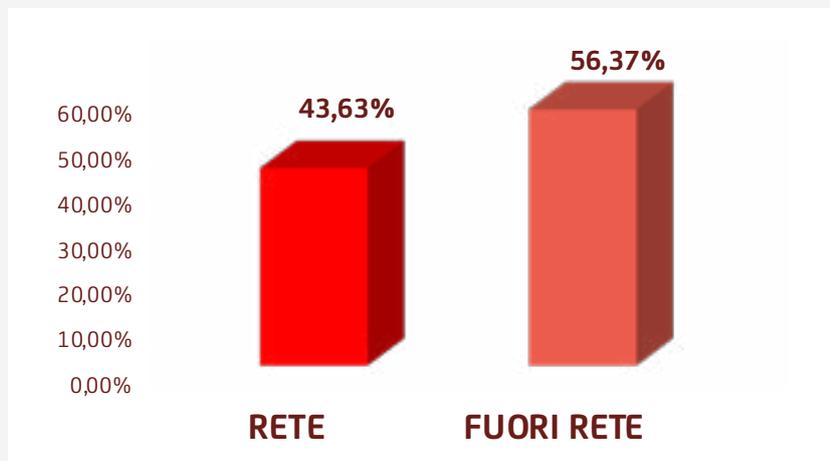
Elaborazione su dati forniti da Aon Pronto Care. Non viene considerata la polizza Denti Treviso gestita da ISRBM Salute S.p.A.

» Tabella 33.f - Confronto del liquidato medio per nucleo tra rete e fuori rete



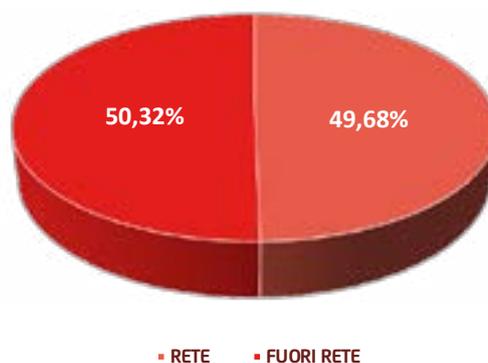
Elaborazione su dati forniti da Aon Pronto Care. Non viene considerata la polizza Denti Treviso gestita da ISRBM Salute S.p.A.

» Tabella 33.g - Confronto utilizzo della rete e del fuori rete – percentuale di sinistri 2023



Elaborazione su dati forniti da Aon Pronto Care. Non viene considerata la polizza Denti Treviso gestita da ISRBM Salute S.p.A.

» Tabella 33.h - Confronto utilizzo della rete e del fuori rete – % di accessi



Elaborazione su dati forniti da Aon Pronto Care. Non viene considerata la polizza Denti Treviso gestita da ISRBM Salute S.p.A.

Nonostante la pressochè equivalenza tra l'accesso alle prestazioni in rete convenzionata e fuori rete, il numero dei sinistri rilevati fuori rete risulta mediamente più alto; ciò è giustificabile in quanto nel fuori rete, i professionisti risultano emettere più fatture a fronte di prestazioni facenti parte di uno stesso piano di cure, al contrario di quanto avviene da parte di strutture/professionisti in convenzione.

11. L'esercizio delle autonomie da parte del Direttore. Le posizioni in contenzioso.

Nel 2023, il Direttore ha esercitato le proprie autonomie, delegate dal Consiglio di amministrazione, per definire 1 posizione per un totale di 72,90 euro.

Al 31.12.2023 la Cassa era coinvolta in 1 contenzioso civile (non come parte Attrice), di primo grado.

La sostanziale assenza di contenzioso, a 17 anni dall'avvio dell'attività, è un punto di forza dell'Associazione, a testimonianza della qualità delle liquidazioni e della positiva prova delle procedure di gestione e "decompressione" di eventuali conflitti.



12. Le principali evidenze contabili.

L'esercizio si è chiuso con una eccedenza di euro 2.183. I fondi di riserva sono costituiti per euro 45.751.525 dalle eccedenze degli esercizi precedenti e per euro 9.097 dal residuo patrimonio conseguente allo scioglimento del Fondo sanitario ex Bipop (FAP) confluito all'Associazione nel corso dell'esercizio 2018. Sono inoltre appostati euro 5.744.166 per fondi destinati alle campagne sanitarie, euro 8.400 per fondi per cause legali, euro 67.200 per richieste di contributo straordinario ed euro 3.000.000 relativi alle riserve tecniche per l'autoassicurazione delle coperture odontoiatriche.

13. L'applicazione del DM Sacconi.

Per il 2023, la percentuale di risorse destinata alle prestazioni sanitarie vincolate ai sensi del DM Sacconi, in rapporto all'ammontare complessivo delle risorse impegnate per la copertura di tutte le prestazioni garantite agli assistiti, si attesta al 40,03%, al di sopra dunque del limite del 20% previsto dal citato Decreto. Ciò potrà continuare a garantire agli associati la deducibilità dal reddito dei contributi versati per assistenza sanitaria.

	Risorse impegnate	Importi compliance	% prestazioni compliance
Coperture odontoiatriche in autoassicurazione	10.832.596	10.832.596	100,00%
Polizze a contenuto non esclusivamente dentario	55.896.363	13.610.764	24,35%
<i>Prestazioni Sociali a rilevanza Sanitaria</i>		16.769	0,03%
<i>Prestazioni Sanitarie a rilevanza Sociale</i>		6.400.134	11,45%
<i>Prestazioni finalizzate al recupero della Salute</i>		6.914.380	12,37%
<i>Prestazioni di Assistenza Odontoiatrica</i>		279.482	0,50%
Long Term Care (Casdic)	3.783.300	3.783.300	100,00%
	70.512.259	28.226.661	
Rapporto fra prestazioni compliance e risorse impegnate		40,03%	

14. Le attività istituzionali.

Nel corso del 2023 è proseguita la partecipazione della Cassa agli incontri con i dirigenti dell'anagrafe dei Fondi sanitari, nell'ambito del gruppo di sperimentazione delle Casse e Fondi, per i lavori concernenti il cosiddetto "Cruscotto delle prestazioni sanitarie". Nel mese di dicembre il Ministero della Salute ha presentato a tutte le Casse sanitarie coinvolte la piattaforma informativa che ha recepito il "Cruscotto delle prestazioni" che dovrebbe raccogliere tutti i dati relativi alle prestazioni erogate dalle Casse a favore dei propri iscritti, su cui sono tuttora in corso lavori di rifinitura.

Sul tema, si rammenta che con la legge annuale per il mercato e la concorrenza (L. 5 agosto 2022, n. 118) il legislatore è intervenuto sul testo dell'articolo 9 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 da un lato ampliando l'elenco delle prestazioni che rientrano nell'ambito di intervento dei Fondi integrativi del servizio sanitario nazionale e dall'altro riconoscendo in capo al Ministero della salute alcune nuove funzioni di studio e ricerca attraverso l'istituzione del nuovo Osservatorio nazionale permanente dei fondi sanitari integrativi (Ofsi).

In questo quadro, con finalità attuative, sono stati emanati due nuovi decreti da parte del Ministero della salute:

- il primo del 15 settembre 2022 disciplina la costituzione e l'organizzazione del predetto Osservatorio che opererà presso la Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute; l'Osservatorio svolgerà la propria attività con finalità di studio e ricerca sul complesso delle attività delle forme di assistenza complementare e sulle relative modalità di funzionamento;
- il secondo decreto, del 30 settembre 2022, disciplina invece il Cruscotto delle prestazioni dei fondi sanitari che si inserisce con finalità di monitoraggio nella piattaforma del Nuovo sistema informativo sanitario (Nsis) e si interfaccia con il già noto Sistema informativo anagrafe dei fondi sanitari (Siaf).

L'implementazione del Cruscotto è stata prevista in forma sperimentale – non obbligatoria – per la durata di due anni a decorrere dalla data di entrata in vigore del decreto per poi divenire, in via successiva, obbligatoria per l'ottenimento del rinnovo dell'iscrizione all'Anagrafe dei fondi sanitari.

Uni.C.A. ha, poi, continuato la collaborazione con Mefop e con l'Università Bocconi di Milano nell'ambito dell'Osservatorio Consumi Privati in Sanità.

15. Il 2024: attività svolte nel 1° trimestre.

Nel primo trimestre del 2024 l'attività di Uni.C.A. si è focalizzata in particolare:

- » sulle attività connesse all'avvio dei nuovi Piani sanitari biennali con Generali, ivi compreso il completamento delle adesioni per le annualità 2024-2025 riguardanti i pensionati, i superstiti, gli esodati e il personale lungo assente, ossia tutti coloro che non hanno proceduto ad aderire attraverso la modalità on-line nel mese di dicembre 2023;
- » sui lavori correlati all'inserimento dei dati all'interno del Cruscotto delle prestazioni predisposto dal Ministero della Salute;
- » sulla predisposizione del bilancio di esercizio 2023;
- » sulla formalizzazione dei contratti di servizi sottoscritti con i fornitori di Uni.C.A.



Bilancio al 31 dicembre 2023

Panoramica

Relazione del Consiglio di amministrazione

Relazione sulla gestione

Bilancio al 31 dicembre 2023

Relazione del Collegio

Stato Patrimoniale al 31 dicembre 2023

ATTIVITÀ	31.12.2023	31.12.2022	Variazione	PASSIVITÀ	31.12.2023	31.12.2022	Variazione
Crediti per attività tipica	61.077	37.323	23.754	Fondi di riserva	45.762.805	45.760.622	2.183
v/Aziende Gruppo Unicredit (per dipendenti iscritti)	52.265	35.187	17.078	Eccedenze / carenze dell'esercizio	2.183	65.920	-63.737
v/Aziende convenzionate (per dipendenti iscritti)	8.812	1.049	7.763	Eccedenze / carenze esercizi precedenti	45.751.525	45.685.605	65.920
v/Pensionati non aderenti a Fondi Pensione del Gruppo	-	1.088	-1.088	Patrimonio residuo fondo sanitario ex Bipop Carire	9.097	9.097	-
v/Pensionati aderenti a Fondi Pensione del Gruppo	-	-	-	Fondi per Campagne sanitarie	5.744.166	7.604.709	-1.860.543
Crediti diversi	-	-	-	Fondi per Campagne sanitarie	5.744.166	7.604.709	-1.860.543
v/terzi per oneri sostenuti per loro conto	-	-	-	Fondi per rischi ed oneri	8.400	8.400	-
v/provider e altri	-	-	-	Fondo per cause legali	8.400	8.400	-
Disponibilità liquide	59.054.391	59.947.951	-893.560	Fondo per "Richieste di contributo straordinario"	67.200	59.620	7.580
Cassa e altri valori	13	9	4	Fondo per "Richieste di contributo straordinario"	67.200	59.620	7.580
Depositi bancari	59.054.378	59.947.942	-893.564	Passività su coperture odontoiatriche in autoassicurazione	6.533.360	5.830.398	702.962
				Fondo Riserve tecniche per autoassicurazioni	3.000.000	2.500.000	500.000
				Debiti v/assistiti per coperture odontoiatriche	3.533.360	3.330.398	202.962
				Debiti per attività tipica	950.307	691.504	258.803
				Debiti v/aziende Gruppo Unicredit	373.581	2.875	370.706
				Debiti v/aziende convenzionate	-	-	-
				V/compagnie per premi assicurativi	124.613	349.225	-224.612
				V/società di gestione sinistri	452.113	339.403	112.710
				Debiti diversi	49.230	30.021	19.209
				Debiti v/assistiti	865	865	-
				Fornitori per servizi ricevuti	48.365	29.156	19.209
				Debiti tributari	-	-	-
				Debiti v/Erario	-	-	-
TOTALE ATTIVO	59.115.468	59.985.274	-869.806	TOTALE PASSIVO	59.115.468	59.985.274	-869.806

Conto Economico per l'esercizio 2023

COSTI	2023	2022	Variazione	RICAVI	2023	2022	Variazione
Oneri per attività assistenziale	73.216.702	72.477.453	739.249	Contributi per attività assistenziale	71.138.527	72.018.019	-879.492
Premi assicurativi alle compagnie	55.896.362	56.764.074	-867.712	A carico azienda	42.822.452	44.831.635	-2.009.183
Costi per autoassicurazioni	11.010.885	10.479.319	531.566	A carico assistito	28.316.075	27.186.384	1.129.691
Acc. a riserve tecniche per autoassicurazioni	500.000	-	500.000				
Costi per la gestione sinistri	1.997.532	1.899.044	98.488				
Accantonamenti per Campagne sanitarie	3.800.000	3.317.000	483.000				
Accantonamenti per "Richieste di contributo straordinario"	10.380	9.100	1.280				
Costi per rimborsi diretti di sinistri	73	1.196	-1.123				
Accantonamenti per cause legali	-	-	-				
Oneri vari	1.470	7.720	-6.250				
Oneri finanziari	529	226	303	Proventi finanziari	2.175.078	584.684	1.590.394
Commissioni e spese banca	529	226	303	Interessi attivi	2.175.078	584.684	1.590.394
Oneri diversi	5.939	1.017	4.922	Altri proventi	14.761	9.081	5.680
Oneri sostenuti per c/terzi a seguito di convenzioni	-	-	-	Recupero oneri sostenuti per c/terzi	-	-	-
Sopravvenienze passive	5.939	1.017	4.922	Penali e recuperi spese	13.561	4.581	8.980
Oneri per donazioni ed erogazioni liberali	-	-	-	Eccedenze fondi esercizi precedenti	-	-	-
				Recupero oneri vari e sopravvenienze attive	1.200	4.500	-3.300
Oneri di amministrazione	103.013	67.165	35.848				
Compensi professionali	67.858	28.183	39.675				
Varie	35.155	38.982	-3.827				
TOTALE COSTI	73.326.183	72.545.862	780.321	TOTALE RICAVI	73.328.366	72.611.783	716.583
ECCEDENZE ESERCIZIO	2.183	65.922	-63.739	CARENZE ESERCIZIO	-	-	-
TOTALI	73.328.366	72.611.783	716.583	TOTALI	73.328.366	72.611.783	716.583

Conto Economico per l'esercizio 2023 | Sezione dipendenti

COSTI	2023	2022	Variazione	RICAVI	2023	2022	Variazione
Oneri per attività assistenziale	59.994.110	60.685.780	-691.670	Contributi per attività assistenziale	54.898.045	57.481.119	-2.583.074
Premi assicurativi alle compagnie	43.855.342	46.007.494	-2.152.152	A carico azienda	42.822.452	44.831.635	-2.009.183
Costi per autoassicurazioni	11.010.885	10.479.319	531.566	A carico assistito	12.075.593	12.649.484	-573.891
Acc. a riserve tecniche per autoassicurazioni	500.000	-	500.000				
Costi per la gestione sinistri	1.636.317	1.598.907	37.410				
Accantonamenti per Campagne sanitarie	2.979.960	2.586.034	393.926				
Accantonamenti per "Richieste di contributo straordinario"	10.380	6.800	3.580				
Costi per rimborsi diretti di sinistri	73	987	-914				
Accantonamenti per cause legali	-	-	-				
Oneri vari	1.153	6.239	-5.086				
Oneri finanziari	415	183	232	Proventi finanziari	1.705.696	476.108	1.229.588
Commissioni e spese banca	415	183	232	Interessi attivi	1.705.696	476.108	1.229.588
Oneri diversi	3.755	535	3.220	Altri proventi	450	4.564	-4.114
Sopravvenienze passive	3.755	535	3.220	Penali e recuperi spese	450	900	-450
Oneri per donazioni ed erogazioni liberali	-	-	-	Eccedenze fondi esercizi precedenti	-	-	-
				Recupero oneri vari e sopravvenienze attive	-	3.664	-3.664
Oneri di amministrazione	80.782	54.276	26.506				
Compensi professionali	53.214	22.775	30.439				
Varie	27.568	31.502	-3.934				
TOTALE COSTI	60.079.062	60.740.774	-661.712	TOTALE RICAVI	56.604.191	57.961.791	-1.357.600
ECCEDENZE ESERCIZIO	-	-	-	CARENZE ESERCIZIO	3.474.871	2.778.983	695.888
TOTALI	60.079.062	60.740.774	-661.712	TOTALI	60.079.062	60.740.774	-661.712

Conto Economico per l'esercizio 2023 | Sezione pensionati

COSTI	2023	2022	Variazione	RICAVI	2023	2022	Variazione
Oneri per attività assistenziale	13.222.592	11.791.673	1.430.919	Contributi per attività assistenziale	16.240.482	14.536.900	1.703.582
Premi assicurativi alle compagnie	12.041.020	10.756.580	1.284.440	A carico assistito	16.240.482	14.536.900	1.703.582
Costi per autoassicurazioni	-	-	-				
Acc. a riserve tecniche per autoassicuraz.	-	-	-				
Costi per la gestione sinistri	361.215	300.137	61.078				
Accantonamenti per Campagne sanitarie	820.040	730.966	89.074				
Accantonamenti per "Richieste di contributo straordinario"	-	2.300	-2.300				
Costi per rimborsi diretti di sinistri	-	209	-209				
Accantonamenti per cause legali	-	-	-				
Oneri vari	317	1.481	-1.164				
Oneri finanziari	114	43	71	Proventi finanziari	469.382	108.576	360.806
Commissioni e spese banca	114	43	71	Interessi attivi	469.382	108.576	360.806
Oneri diversi	2.184	482	1.702	Altri proventi	14.311	4.517	9.794
Sopravvenienze passive	2.184	482	1.702	Penali e recuperi spese	13.111	3.681	9.430
Oneri per donazioni ed erogazioni liberali	-	-	-	Eccedenze fondi esercizi precedenti	-	-	-
				Recupero oneri vari e sopravvenienze attive	1.200	836	364
Oneri di amministrazione	22.230	12.889	9.341				
Compensi professionali	14.644	5.408	9.236				
Varie	7.586	7.481	105				
TOTALE COSTI	13.247.120	11.805.088	1.442.032	TOTALE RICAVI	16.724.175	14.649.992	2.074.183
ECCEDENZE ESERCIZIO	3.477.055	2.844.905	632.150	CARENZE ESERCIZIO	-	-	-
TOTALI	16.724.175	14.649.992	2.074.183	TOTALI	16.724.175	14.649.992	2.074.183

NOTA INTEGRATIVA PER L'ESERCIZIO 2023

Informazioni preliminari

Uni.C.A., UniCredit Cassa Assistenza per il Personale del Gruppo UniCredit, è stata costituita in data 15 novembre 2006, con sede legale in Milano.

Si identifica tra le associazioni non riconosciute ai sensi dell'art.36 e seguenti del Codice civile.

Scopo di Uni.C.A. è garantire e gestire, a favore dei propri iscritti persone fisiche e loro familiari, forme di assistenza sanitaria anche integrative delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale per i casi di malattia, infortuni ed altri eventi che possano richiedere prestazioni di carattere sanitario o assistenziale, in ottemperanza ad accordi collettivi e/o regolamenti aziendali, nel quadro delle disposizioni di legge tempo per tempo vigenti.

Organi sociali della Cassa Assistenza sono: l'Assemblea degli iscritti/iscritte, il Consiglio di Amministrazione, il Comitato Esecutivo, il Presidente e Vice Presidente ed il Collegio dei Revisori.

Contenuto e forma del Bilancio

Il Bilancio è costituito dallo Stato Patrimoniale, dal Conto Economico e dalla Nota Integrativa ed è corredato dalla Relazione del Consiglio di Amministrazione e dalla Relazione sulla Gestione.

Nel Conto Economico i costi ed i ricavi, in base all'articolo 19 dello Statuto, sono suddivisi in due distinte sezioni in relazione alla natura degli iscritti (Dipendenti e Pensionati/Superstiti) ad eccezione dei costi sostenuti per c/terzi a seguito di convenzioni e dei relativi recuperi.

L'esercizio 2023, diciassettesimo esercizio di attività dell'Associazione, chiude con una eccedenza di bilancio di € 2.183 che viene destinata all'attività sociale degli esercizi successivi.

La revisione del Bilancio viene effettuata dal Collegio dei Revisori.

La Cassa Assistenza, non svolgendo attività commerciale, non è un soggetto IVA e per la natura dei suoi proventi non è soggetta ad imposte sul reddito.

PRINCIPI CONTABILI E CRITERI DI VALUTAZIONE

I costi ed i ricavi sono rilevati per competenza economico/temporale, ad eccezione dei ricavi di natura straordinaria che vengono contabilizzati per cassa. In particolare, i costi e ricavi riguardanti la tipica attività assistenziale sono divisi in due sezioni distinte in base alla tipologia di assistiti a cui sono rivolti: dipendenti e pensionati/superstiti.

ATTIVITÀ

Crediti

I **Crediti** sono iscritti al valore di presumibile realizzo.

I **Crediti per attività tipica** rappresentano crediti nei confronti delle aziende per i dipendenti e loro familiari iscritti e nei confronti dei Fondi Pensione o dei pensionati/superstiti relativamente ai pensionati e loro familiari iscritti.

I **Crediti diversi** sono costituiti da crediti nei confronti di terzi per oneri sostenuti per loro conto ed eventuali partite creditorie in corso di sistemazione.

Le **Disponibilità liquide** sono iscritte al valore nominale e sono costituite da depositi bancari, dal denaro e valori in cassa.

Ratei e risconti attivi

Sono calcolati secondo il principio della competenza temporale e nel rispetto del principio generale di correlazione degli oneri e dei proventi in ragione d'esercizio.

PASSIVITÀ

Fondi

I **Fondi di riserva** sono costituiti dai risultati di gestione dell'esercizio corrente e degli esercizi precedenti.

I **Fondi per Campagne sanitarie** sono costituiti da fondi vincolati per la realizzazione di iniziative sanitarie e/o di prevenzione deliberate nel corso degli anni.

I **Fondi per rischi ed oneri** sono costituiti per le eventuali necessità derivanti da sinistri in contestazione e da cause legali.

Il **Fondo richieste di contributo straordinario** è costituito per la gestione delle richieste di contributo straordinario.

Passività su coperture dentarie in autoassicurazione

Sono rappresentate dagli accantonamenti relativi alle riserve tecniche nonché dai debiti diretti o indiretti nei confronti degli associati della Cassa Assistenza relativi alle coperture dentarie gestite in autoassicurazione.

Debiti

I debiti sono iscritti al loro valore nominale.

I **Debiti per attività tipica** rappresentano debiti nei confronti delle aziende per i dipendenti e loro familiari iscritti e nei confronti dei Fondi Pensione o dei pensionati/superstiti relativamente ai pensionati e loro familiari iscritti; nei confronti delle Compagnie di assicurazione in ragione dei premi assicurativi da versare; nei confronti delle Società di gestione dei sinistri e della rete convenzionata per fatture da ricevere o non ancora saldate, nonché le altre passività di natura determinata ed esistenza certa, che rappresentano obbligazioni a pagare importi determinati.

I **Debiti diversi** sono costituiti da: debiti verso assistiti, debiti verso enti, debiti verso fornitori relativi a fatture da ricevere o non ancora saldate a fronte di servizi ricevuti entro l'anno, somme a disposizione di terzi, nonché partite in corso di sistemazione.

I **Debiti tributari** sono costituiti dai debiti maturati e non ancora saldati nei confronti dell'Erario.

Ratei e risconti passivi

Sono calcolati secondo il principio della competenza temporale e nel rispetto del principio generale di correlazione degli oneri e dei proventi in ragione d'esercizio.

COSTI

Gli **Oneri per attività assistenziale** comprendono i premi assicurativi maturati nei confronti delle Compagnie di assicurazione, i costi per gli utilizzi relativi alle coperture autoassicurate e gli oneri sostenuti per le attività riguardanti l'esercizio, compreso l'accantonamento per la costituzione delle riserve tecniche necessario ad affrontare l'eventuale rischio legato alle coperture gestite in autoassicurazione. Inoltre, comprendono gli accantonamenti per le Campagne sanitarie, per le cause legali, per le richieste di contributo straordinario, per le altre attività deliberate dal Consiglio di Amministrazione nonché la previsione di oneri per rimborsi diretti agli assistiti.

Gli **Oneri finanziari** riguardano commissioni e spese bancarie relative all'attività di liquidazione dei sinistri agli assistiti.

Gli **Oneri diversi** rappresentano i costi sostenuti per c/terzi e successivamente rimborsati a seguito di convenzioni, le sopravvenienze passive relative ad esercizi precedenti nonché gli oneri sostenuti per donazioni e/o erogazioni liberali e per progetti di ricerca.

Gli **Oneri di amministrazione** rappresentano l'onere per il sostegno di particolari eventi, consulenze e pareri richiesti a professionisti esterni, oltre ad eventuali altre spese deliberate dal Consiglio di Amministrazione.

RICAVI

I **Contributi per attività assistenziale** rappresentano i contributi ordinari di pertinenza dell'esercizio e gli eventuali contributi straordinari ricevuti nell'anno.

I **Proventi finanziari** sono relativi a interessi bancari al netto delle ritenute fiscali.

La voce **Altri proventi** accoglie i proventi residui non rientranti per loro natura tra i precedenti, tra i quali recuperi di accantonamenti e recuperi di oneri sostenuti per c/ terzi a seguito di convenzioni, penali e recuperi di spese, nonché eccedenze di fondi precedentemente costituiti.

NOTA

La ripartizione dei costi e dei ricavi nelle sezioni Dipendenti/Pensionati, ove non direttamente imputabili, è effettuata in proporzione ai premi versati, al fine di poterne calcolare l'incidenza sull'eccedenza/carenza dell'esercizio.

INFORMAZIONI SULLO STATO PATRIMONIALE E SUL CONTO ECONOMICO

ATTIVITÀ

	31.12.2023	31.12.2022	variazione
Crediti per attività tipica	61.077	37.323	23.753

La voce accoglie il valore dei crediti nei confronti di Aziende del Gruppo UniCredit (**€ 52.265**) e di Aziende Convenzionate (**€ 8.812**) per contributi o recuperi di spesa integralmente riferibili all'esercizio 2023 che sono stati accreditati o in via di accreditamento all'inizio dell'anno 2024.

	31.12.2023	31.12.2022	variazione
Disponibilità liquide	59.054.391	59.947.951	-893.559
<i>Cassa e altri valori</i>	13	9	4
<i>Depositi bancari</i>	59.054.378	59.947.942	-893.563

La voce **Cassa e altri valori** comprende il contante ed i valori bollati a disposizione per le esigenze immediate mentre la voce **Depositi bancari** rappresenta il saldo dei conti correnti in essere presso UniCredit S.p.A.

PASSIVITÀ

	31.12.2023	31.12.2022	variazione
Fondi di riserva	45.762.805	45.760.622	2.183
<i>Eccedenze / carenze dell'esercizio</i>	2.183	65.920	-63.737
<i>Eccedenze / carenze esercizi precedenti</i>	45.751.525	45.685.605	65.920
<i>Patrimonio residuo F.do sanitario Ex Bipop Carire</i>	9.097	9.097	0

Ammontano ad **€ 45.762.805** e rappresentano:

- per € 2.183 l'eccedenza dell'esercizio.
- per € 45.751.525 le eccedenze degli esercizi precedenti.
- per € 9.097 il residuo patrimonio confluito all'Associazione conseguente allo scioglimento del Fondo sanitario ex Bipop (FAP).

MOVIMENTAZIONE DEI FONDI DI RISERVA NELL'ANNO

	Eccedenze / Carenze dell'esercizio	Eccedenze / Carenze esercizi precedenti	Patrimonio residuo F.do sanitario Ex Bipop Carire	Totali fondi di riserva
Apertura dell'esercizio 2023	-	45.751.525	9.097	45.760.622
Accantonamenti ai fondi	-	-	-	-
Utilizzi/trasferimenti dei fondi	-	-	-	-
Eccedenza fondi	-	-	-	-
Eccedenza dell'esercizio	2.183	-	-	2.183
Saldo al 31/12/2023	2.183	45.751.525	9.097	45.762.805

	31.12.2023	31.12.2022	variazione
Fondi per campagne sanitarie	5.744.166	7.604.709	-1.860.543

I fondi per campagne sanitarie sono costituiti da accantonamenti specifici effettuati anno per anno.

	31.12.2023	31.12.2022	variazione
Fondi per rischi ed oneri	8.400	8.400	-
<i>Fondo per cause legali</i>	<i>8.400</i>	<i>8.400</i>	-

Il fondo per cause legali è relativo ad accantonamenti prudenziali concernenti alcune vertenze in corso.

	31.12.2023	31.12.2022	variazione
Fondo per "Richieste di contributo straordinario"	67.200	59.620	7.580
<i>Fondo per "Richieste di contributo straordinario"</i>	<i>67.200</i>	<i>59.620</i>	<i>7.580</i>

Il fondo per "Richieste di contributo straordinario" riguarda lo stanziamento atto a sostenere le esigenze di carattere sanitario degli iscritti che non trovano copertura nell'ambito delle polizze assicurative stipulate.

MOVIMENTAZIONE DEGLI ALTRI FONDI NELL'ANNO

	Fondi per campagne sanitarie	Fondo per cause legali	Fondo per "Richieste di contributo straordinario"	Fondo Riserve tecniche per autoassicurazioni	Totale Fondi altri
Apertura dell'esercizio 2023	7.604.710	8.400	59.620	2.500.000	10.172.730
Accantonamenti ai fondi	3.800.000	-	10.380	500.000	4.310.380
Utilizzi/trasferimenti dei fondi	-5.660.544	-	-2.800	-	-5.663.344
Eccedenza fondi	-	-	-	-	-
Eccedenza dell'esercizio	-	-	-	-	-
Saldo al 31/12/2023	5.744.166	8.400	67.200	3.000.000	8.819.766

In applicazione dei principi contabili la ripartizione dei costi relativi all'accantonamento per campagne sanitarie non può essere direttamente imputabile ai dipendenti o ai pensionati ed è stato quindi effettuato in proporzione ai premi versati. Al fondo riserve tecniche per autoassicurazione dedicato alle coperture odontoiatriche sono stati accantonati € 500.000 imputati esclusivamente alla sezione dipendenti.

	31.12.2023	31.12.2022	variazione
Passività su coperture odontoiatriche in autoassicurazione	6.533.360	5.830.398	702.962
<i>Fondo riserve tecniche per autoassicurazione</i>	<i>3.000.000</i>	<i>2.500.000</i>	<i>500.000</i>
<i>Debiti v/assistiti per coperture odontoiatriche</i>	<i>3.533.360</i>	<i>3.330.398</i>	<i>202.962</i>

Le passività su coperture odontoiatriche in autoassicurazione sono relative a quelle coperture di cui l'Associazione ha deciso di assumersi il rischio in proprio. Sono costituite da:

- € 3.000.000 dal Fondo Riserve tecniche per la quota di potenziale rischio futuro;
- € 3.533.360 dai debiti nei confronti delle strutture sanitarie/medici (cd. prestazioni in forma diretta) e nei confronti degli assistiti (cd. prestazioni in forma indiretta).

	31.12.2023	31.12.2022	variazione
Debiti per attività tipica	950.307	691.503	258.804
<i>v/aziende Gruppo Unicredit</i>	<i>373.581</i>	<i>2.875</i>	<i>370.706</i>
<i>v/aziende convenzionate</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
<i>v/compagnie per premi assicurativi</i>	<i>124.613</i>	<i>349.225</i>	<i>-224.612</i>

Il debito v/aziende del Gruppo Unicredit è relativo ad un eccessivo accredito di contributi versati nel 2023 che a seguito di verifiche, è stato correttamente stornato all'inizio dell'anno 2024.

Il debito verso le Compagnie di **€ 124.613** è riferibile a premi assicurativi ancora da versare di cui € 88.161 riferiti all'esercizio 2023 ed € 36.452 riferiti ad esercizi precedenti.

Il debito verso le società di gestione sinistri di **€ 452.113** è da ricondurre ad alcune fatture emesse a fine esercizio e pagate ad inizio dell'anno 2024.

	31.12.2023	31.12.2022	variazione
Debiti diversi	49.230	30.021	19.209
<i>Debiti v/assistiti</i>	<i>865</i>	<i>865</i>	<i>0</i>
<i>Fornitori per servizi ricevuti</i>	<i>48.365</i>	<i>29.156</i>	<i>19.209</i>

I debiti diversi sono costituiti da:

- debiti verso assistiti principalmente riferibili a prestazioni e contributi per un importo pari ad **€ 865** riferibili ad anni precedenti.
- debiti verso fornitori, inclusi i providers, o professionisti per servizi ricevuti e non ancora fatturati per un importo pari ad **€ 48.365**.

	31.12.2023	31.12.2022	variazione
Debiti tributari	-	-	-

La voce rappresenta la ritenuta d'acconto da versare nel mese di gennaio dell'anno successivo ed è riferita a fatture pagate a professionisti (per servizi resi) e a strutture sanitarie (per coperture odontoiatriche in autoassicurazione) nel mese di dicembre. Nel 2023 non ci sono ritenute da versare nell'anno successivo.

COSTI

Oneri per attività assistenziale

Sono le spese sostenute inerenti l'attività propria dell'associazione, ammontano ad **€ 73.216.702** (dipendenti € 59.994.110 pensionati € 13.222.592) e si suddividono come segue:

	2023	2022	variazione
Oneri per attività assistenziali	73.216.702	72.477.453	739.249
<i>Premi assicurativi alle Compagnie</i>	<i>55.896.362</i>	<i>56.764.074</i>	<i>-867.712</i>
<i>Costi per autoassicurazione</i>	<i>11.010.885</i>	<i>10.479.319</i>	<i>531.566</i>
<i>Acc. a riserve tecniche per autoassicuraz.</i>	<i>500.000</i>	<i>-</i>	<i>500.000</i>
<i>Costi per la gestione sinistri</i>	<i>1.997.532</i>	<i>1.899.044</i>	<i>98.488</i>
<i>Accant. per Campagne sanitarie</i>	<i>3.800.000</i>	<i>3.317.000</i>	<i>483.000</i>
<i>Accantonamenti per "Richieste di contributo"</i>	<i>10.380</i>	<i>9.100</i>	<i>1.280</i>
<i>Costi per rimborsi diretti di sinistri</i>	<i>73</i>	<i>1.196</i>	<i>-1.123</i>
<i>Accantonamenti per cause legali</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
<i>Oneri vari</i>	<i>1.470</i>	<i>7.720</i>	<i>-6.250</i>

Sezione dipendenti

	2023	2022	variazione
Oneri per attività assistenziali	59.994.110	60.685.780	-691.670
<i>Premi assicurativi alle Compagnie</i>	<i>43.855.342</i>	<i>46.007.494</i>	<i>-2.152.152</i>
<i>Costi per autoassicurazione</i>	<i>11.010.885</i>	<i>10.479.319</i>	<i>531.566</i>
<i>Acc. a riserve tecniche per autoassicuraz.</i>	<i>500.000</i>	<i>-</i>	<i>500.000</i>
<i>Costi per la gestione sinistri</i>	<i>1.636.317</i>	<i>1.598.907</i>	<i>37.410</i>
<i>Accant. per Campagne sanitarie</i>	<i>2.979.960</i>	<i>2.586.034</i>	<i>393.926</i>
<i>Accantonamenti per "Richieste di contributo"</i>	<i>10.380</i>	<i>6.800</i>	<i>3.580</i>
<i>Costi per rimborsi diretti di sinistri</i>	<i>73</i>	<i>987</i>	<i>-914</i>
<i>Accantonamenti per cause legali</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
<i>Oneri vari</i>	<i>1.153</i>	<i>6.239</i>	<i>-5.086</i>

Sezione Pensionati

	2023	2022	variazione
Oneri per attività assistenziali	13.222.592	11.791.673	1.430.919
<i>Premi assicurativi alle Compagnie</i>	<i>12.041.020</i>	<i>10.756.580</i>	<i>1.284.440</i>
<i>Costi per autoassicurazione</i>	-	-	-
<i>Acc. a riserve tecniche per autoassicuraz.</i>	-	-	-
<i>Costi per la gestione sinistri</i>	<i>361.215</i>	<i>300.137</i>	<i>61.078</i>
<i>Accant. per Campagne sanitarie</i>	<i>820.040</i>	<i>730.966</i>	<i>89.074</i>
<i>Accantonamenti per "Richieste di contributo"</i>	-	<i>2.300</i>	<i>-2.300</i>
<i>Costi per rimborsi diretti di sinistri</i>	-	<i>209</i>	<i>-209</i>
<i>Accantonamenti per cause legali</i>	-	-	-
<i>Oneri vari</i>	<i>317</i>	<i>1.481</i>	<i>-1.164</i>

La voce **Premi assicurativi alle Compagnie** ammonta ad un totale di **€ 55.896.362** (dipendenti € 43.855.342 pensionati € 12.041.020) e comprende i premi di competenza dell'esercizio relativi alle polizze stipulate direttamente con le compagnie assicurative.

La voce **Costi per autoassicurazioni** ammonta a **€ 11.010.885** (attribuito ai dipendenti per la sua interezza) e riguarda l'utilizzo relativo alle coperture odontoiatriche del 2023 completamente autoassicurate.

Nel 2023 sono stati accantonati in via prudenziale **€ 500.000** per fronteggiare potenziali maggiori utilizzi delle coperture odontoiatriche gestite in autoassicurazione.

I **Costi per la gestione sinistri** di **€ 1.997.532** (dipendenti € 1.636.317, pensionati € 361.215) evidenziano i costi sostenuti per le attività di gestione dei sinistri svolte dai provider Previmedical e AON ProntoCare.

La voce **Accantonamento per Campagne sanitarie**, per un totale di € 3.800.000 (attribuito ai dipendenti per € 2.979.960 e ai pensionati per € 820.040) rappresenta l'onere a carico dell'esercizio relativo prevalentemente alle iniziative di prevenzione 2022/23.

La voce **Accantonamento per "Richieste di contributo straordinario"**, per un totale di € 10.380 (interamente imputato ai dipendenti), accoglie l'accantonamento a carico dell'esercizio relativo al rimborso agli assistiti di particolari sinistri non coperti dalle Compagnie Assicuratrici, come deliberato dal Consiglio di Amministrazione.

La voce **Costi per rimborsi diretti di sinistri**, per un totale di **€ 73** riguarda l'onere a carico dell'esercizio relativo ai rimborsi diretti di sinistri rientranti nelle autonomie del Direttore o come deliberato dal Consiglio di Amministrazione.

Gli **Oneri vari** di € **1.470** (dipendenti € 1.153, pensionati € 317) sono costituiti dai costi di pertinenza dell'esercizio riguardanti il compenso erogato ai Consulenti Medici.

	2023	2022	variazione
Oneri finanziari	529	226	303
<i>Commissioni e spese banca</i>	<i>529</i>	<i>226</i>	<i>303</i>

Gli **Oneri finanziari** (dipendenti € 415 pensionati € 114) sono costituiti da commissioni e spese bancarie relative ai conti correnti.

	2023	2022	variazione
Oneri diversi	5.939	1.017	4.922
<i>Oneri per c/terzi a seguito di convenzione</i>	<i>-</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
<i>Sopravvenienze passive</i>	<i>5.939</i>	<i>1.017</i>	<i>4.922</i>

Tra le voci incluse negli oneri diversi sono compresi gli oneri sostenuti per c/terzi a seguito di convenzioni che, per loro natura, sono ininfluenti ai fini della determinazione delle eccedenze/carenze dell'esercizio; questi oneri vengono interamente recuperati e pertanto costituiscono eccezione all'inserimento nelle distinte sezioni dipendenti/pensionati. Nella voce sono inoltre riepilogate sopravvenienze passive per € **5.939** (€ 3.755 dipendenti e € 2.184 pensionati) riguardanti contributi restituiti e competenze straordinarie non previste.

	2023	2022	variazione
Oneri di amministrazione	103.013	67.165	35.848
<i>Compensi professionali</i>	<i>67.858</i>	<i>28.183</i>	<i>39.675</i>
<i>Varie</i>	<i>35.155</i>	<i>38.982</i>	<i>-3.827</i>

Ammontano ad € **103.013** e rappresentano per € 67.858 (dipendenti € 53.214 pensionati € 14.644) il costo di pareri legali, consulenze fiscali e tecniche richiesti a professionisti esterni e per € 35.155 (dipendenti € 27.568 pensionati € 7.586) costi amministrativi vari.

Si precisa che i suddetti oneri amministrativi sono gli unici a carico di Uni.C.A. in quanto tutti gli altri oneri amministrativi sono sostenuti direttamente dal Gruppo UniCredit, come stabilito dallo Statuto.

RICAVI

Contributi per attività assistenziale

Rappresentano i contributi riguardanti l'esercizio 2023 e ammontano ad **€ 71.138.527** (dipendenti € 54.898.045 pensionati € 16.240.482).

	2023	2022	variazione
Contributi per attività assistenziale	71.138.527	72.018.019	-879.492
<i>A carico azienda</i>	<i>42.822.452</i>	<i>44.831.635</i>	<i>-2.009.183</i>
<i>A carico assistito</i>	<i>28.316.075</i>	<i>27.186.384</i>	<i>1.129.691</i>

I contributi per attività assistenziale della sezione dipendenti riguardano versamenti effettuati dalle aziende a favore dei propri dipendenti (€ 42.822.452) e dai dipendenti stessi (€ 28.316.075) nel caso in cui abbiano sottoscritto coperture superiori al previsto o aggiunto alla propria polizza i familiari non a loro carico fiscale versando direttamente il contributo stabilito.

Sono compresi € 9.618.076 di contributi versati per le coperture odontoiatriche in autoassicurazione (€ 3.404.723 a carico azienda e € 6.213.353 a carico assistiti).

I contributi ricevuti per i dipendenti si distinguono inoltre in contributi ordinari ricevuti da: Aziende del Gruppo UniCredit (€ 41.790.863) ed Aziende convenzionate (€ 1.031.589).

I contributi per attività assistenziale della sezione pensionati pari a € 16.240.482 sono versati unicamente dagli assistiti stessi. Possono essere suddivisi in contributi ordinari ricevuti da pensionati aderenti a Fondi Pensione del Gruppo (€ 5.717.610) e da pensionati non aderenti a Fondi Pensione del Gruppo (€ 10.522.872).

	2023	2022	variazione
Proventi finanziari	2.175.078	584.684	1.590.394
<i>Interessi attivi</i>	<i>2.175.078</i>	<i>584.684</i>	<i>1.590.394</i>

Riguardano gli interessi maturati in corso d'esercizio sui conti correnti in essere presso UniCredit S.p.A. Sono indicati al netto della ritenuta a titolo di imposta del 26% e sono suddivisi fra dipendenti (€ 1.705.696) e pensionati (€ 469.382).

La voce ha beneficiato dell'andamento dei tassi di interesse che nell'anno è risultato favorevole per l'associazione.

	2023	2022	variazione
Altri proventi	14.761	9.081	5.680
<i>Recupero oneri sostenuti per c/terzi</i>	-	-	-
<i>Penali e recuperi spese</i>	13.561	4.581	8.980
<i>Ecceденze fondi esercizi precedenti</i>	-	-	-

L'ammontare della voce Recupero oneri sostenuti per c/terzi, per sua natura, non è compresa nelle distinte sezioni dipendenti/pensionati.

Le penali e i recuperi spese sono pari ad € 13.561 (€ 450 dipendenti e € 13.111 pensionati) e sono rinvenienti dalla regolarizzazione di iscrizioni di alcuni assistiti; le Sopravvenienze attive ammontano a € 1.200 interamente imputabili a pensionati.

ALTRE INFORMAZIONI

Al 31 dicembre 2023 la Cassa Assistenza non aveva dipendenti ma si avvaleva della collaborazione di personale del Gruppo UniCredit, il cui costo viene ripartito tra le Aziende aderenti.

I componenti del Consiglio di Amministrazione e del Collegio dei Revisori non percepiscono emolumenti.

Milano, 11 aprile 2024

Il Presidente

Ignazio Stefano Farina



Relazione del Collegio dei Revisori

Relazione Unitaria del Collegio dei Revisori

Signore/i Iscritte/i a Uni.C.A. UniCredit Cassa di Assistenza per il personale del Gruppo UniCredito Italiano.

Premessa

Il Collegio dei Revisori, nell'esercizio chiuso al 31 dicembre 2023, ha svolto sia le funzioni previste dagli artt. 2403 e seguenti Codice Civile, sia quelle previste dall'art. 2409-bis Codice Civile, nonché quanto previsto dallo Statuto dell'Associazione.

La presente relazione unitaria contiene:

- nella sezione A) *la Relazione del revisore indipendente ai sensi dell'art. 14 del D.Lgs. n. 39 del 27 gennaio 2010*
- nella sezione B) *la Relazione ai sensi dell'art. 2429, comma 2, Codice Civile.*

A) Relazione del revisore indipendente ai sensi dell'art. 14 del D. Lgs. 27 gennaio 2010, n. 39

Relazione sulla revisione contabile del bilancio d'esercizio

Giudizio

Abbiamo svolto la revisione contabile del bilancio d'esercizio di Uni.C.A. - Cassa di Assistenza per il personale del Gruppo UniCredito Italiano, costituito dallo stato patrimoniale, dal conto economico, dalla nota integrativa, dalla relazione del Consiglio di Amministrazione e dalla relazione sulla gestione al 31 dicembre 2023.

A nostro giudizio, il bilancio d'esercizio fornisce una rappresentazione veritiera e corretta della situazione patrimoniale e finanziaria dell'Associazione, del risultato economico per l'esercizio chiuso alla data del 31 dicembre 2023, in conformità alle norme italiane che ne disciplinano i criteri di redazione.

Elementi alla base del giudizio

Abbiamo svolto la revisione contabile in conformità ai principi di revisione internazionali ISA Italia, per quanto applicabili alla realtà aziendale oggetto di revisione. Le nostre responsabilità, ai sensi di tali principi, sono ulteriormente descritte nella sezione Responsabilità del revisore per la revisione contabile del bilancio d'esercizio della presente relazione. Siamo indipendenti rispetto all'Associazione in conformità alle norme e ai principi in materia di etica e di indipendenza applicabili nell'ordinamento italiano alla revisione contabile del bilancio.

Riteniamo di aver acquisito elementi probativi sufficienti ed appropriati su cui basare il nostro giudizio.

Responsabilità degli Amministratori e del Collegio dei Revisori per il bilancio d'esercizio

Gli Amministratori sono responsabili per la redazione del bilancio d'esercizio che fornisca una rappresentazione veritiera e corretta in conformità alle norme italiane che ne disciplinano i criteri di redazione e, nei termini previsti dalla legge, per quella parte del controllo interno dagli stessi ritenuta necessaria per consentire la redazione di un bilancio che non contenga errori significativi dovuti a frodi o a comportamenti o eventi non intenzionali.

Gli Amministratori sono responsabili per la valutazione della capacità dell'Associazione di continuare ad operare come un'entità in funzionamento e, nella redazione del bilancio d'esercizio, per l'appropriatezza dell'utilizzo del presupposto della continuità aziendale, nonché per una adeguata informativa in materia.

Il Collegio dei Revisori ha la responsabilità della vigilanza, nei termini previsti dalla legge, sul processo di predisposizione dell'informativa finanziaria dell'Associazione.

Responsabilità del revisore per la revisione contabile del bilancio d'esercizio

I nostri obiettivi sono l'acquisizione di una ragionevole sicurezza che il bilancio d'esercizio nel suo complesso non contenga errori significativi, dovuti a frodi o a comportamenti o eventi non intenzionali, e l'emissione di una relazione di revisione che includa il nostro giudizio. Per ragionevole sicurezza si intende un livello elevato di sicurezza che, tuttavia, non fornisce la garanzia che una revisione contabile, svolta in conformità ai principi di revisione internazionali ISA Italia, individui sempre un errore significativo, qualora esistente.

Nell'ambito della revisione contabile, svolta - per quanto applicabile all'Associazione revisionata - in conformità ai principi di revisione internazionali ISA Italia, abbiamo esercitato il giudizio professionale ed abbiamo mantenuto lo scetticismo professionale per tutta la durata della revisione contabile. Abbiamo inoltre:

- identificato e valutato i rischi di errori significativi nel bilancio d'esercizio, dovuti a frodi o a comportamenti o eventi non intenzionali;
- definito e svolto procedure di revisione in risposta a tali rischi;
- acquisito elementi probativi sufficienti ed appropriati su cui basare il nostro giudizio;
- acquisito una comprensione del controllo interno rilevante ai fini della revisione contabile allo scopo di definire procedure di revisione appropriate nelle circostanze e non per esprimere un giudizio sull'efficacia del controllo interno dell'Associazione;
- valutata l'appropriatezza dei principi contabili utilizzati nonché la ragionevolezza delle stime contabili effettuate dagli Amministratori, inclusa la relativa informativa;
- valutati la presentazione, la struttura e il contenuto del bilancio d'esercizio nel suo complesso, inclusa l'informativa, e se il bilancio d'esercizio rappresenti le operazioni e gli eventi sottostanti in modo da fornire una corretta rappresentazione;
- comunicato ai responsabili delle attività di governance, identificati ad un livello appropriato come richiesto dagli ISA Italia, tra gli altri aspetti, la portata e la tempistica pianificate per la revisione contabile e i risultati significativi emersi, incluse le eventuali carenze significative nel controllo interno identificate nel corso della revisione contabile.

Siamo giunti ad una conclusione sull'appropriatezza dell'utilizzo da parte degli Amministratori del presupposto della continuità aziendale: le nostre conclusioni sono basate sugli elementi probativi acquisiti fino alla data della presente relazione.

Relazione su altre disposizioni di legge e regolamentari

Giudizio sulla coerenza della relazione sulla gestione con il bilancio d'esercizio art. 14, comma 2, lettera e), del D.Lgs. 39/10

Gli Amministratori di Uni.C.A. – UniCredit Cassa di Assistenza per il personale del Gruppo UniCredito Italiano - sono responsabili per la predisposizione della relazione sulla gestione dell'Associazione al 31 dicembre 2023, incluse la sua coerenza con il relativo bilancio d'esercizio e la sua conformità alle norme di legge.

Abbiamo svolto, per quanto applicabili alla realtà oggetto di revisione, le procedure indicate nel principio di revisione SA Italia n. 720B al fine di esprimere un giudizio sulla coerenza della relazione sulla gestione con il bilancio d'esercizio dell'Associazione al 31 dicembre 2023 e sulla conformità della stessa alle norme di legge, nonché di rilasciare una dichiarazione su eventuali errori significativi.

A nostro giudizio, la relazione sulla gestione è coerente con il bilancio d'esercizio dell'Associazione al 31 dicembre 2023 ed è redatta in conformità alle norme di legge.

Con riferimento alla dichiarazione di cui all'art. 14, comma 2, lett. e), del D.Lgs. 39/2010, rilasciata sulla base delle conoscenze e della comprensione dell'Associazione e del relativo contesto acquisite nel corso dell'attività di revisione, non abbiamo nulla da riportare.

Giudizio sugli schemi di bilancio

Il documento segue sostanzialmente i criteri adottati dall'Associazione fin dalla sua costituzione. Nel prosieguo gli stessi potranno essere oggetto di una riesposizione al fine di renderli più efficaci ed efficienti.

B) Relazione sull'attività di vigilanza ai sensi dell'art. 2429, comma 2, Codice Civile

Nel corso dell'esercizio chiuso al 31 dicembre 2023 la nostra attività è stata ispirata alle disposizioni di legge e alle norme di comportamento del Collegio Sindacale emanate dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili.

B1) Attività di vigilanza ai sensi dell'art. 2403 e ss. Codice Civile

Abbiamo vigilato sull'osservanza della legge e dello Statuto e sul rispetto dei principi di corretta amministrazione.

Abbiamo partecipato alle riunioni del Consiglio di Amministrazione, in relazione alle quali, sulla base delle informazioni disponibili, non abbiamo rilevato violazioni della legge e dello Statuto,

né operazioni manifestamente imprudenti, azzardate, in potenziale conflitto di interesse o tali da compromettere l'integrità del patrimonio dell'Associazione.

Nel corso delle riunioni del Collegio e del Consiglio di Amministrazione abbiamo acquisito informazioni sul generale andamento della gestione e sulla sua prevedibile evoluzione, nonché sulle operazioni di maggiore rilievo, per le loro dimensioni o caratteristiche, effettuate dall'Associazione. In base alle informazioni acquisite, non abbiamo osservazioni particolari da riferire.

Abbiamo acquisito conoscenza e vigilato, per quanto di nostra competenza, sul funzionamento dell'assetto organizzativo dell'Associazione, anche tramite la raccolta di informazioni dalla Direzione e dal Consiglio di Amministrazione. A tale riguardo riferiamo che con mail in data 24 luglio e 18 ottobre 2023 il Collegio ha evidenziato alla Direzione e al Consiglio di Amministrazione l'emergere di "debolezza" dell'assetto organizzativo, principalmente in relazione al suo dimensionamento. Nella consapevolezza dell'importante e precipuo ruolo svolto dall'Associazione all'interno del Gruppo UniCredit nell'ambito del welfare ed in considerazione della particolarità ed esclusività dell'attività svolta, la struttura organizzativa deve avere una dimensione anche in termini numerici adeguata, mantenendo lo stesso livello di professionalità per poter perseguire i propri obiettivi. Il Collegio, in diverse occasioni, ha avuto modo di esprimersi favorevolmente sul livello professionale delle risorse assegnate all'Associazione. Rimane altresì da implementare la formalizzazione di procedure aziendali al fine di garantire un'attività ordinata e conforme alla normativa, dimensione e ruolo dell'Associazione.

Abbiamo acquisito conoscenza e vigilato, per quanto di nostra competenza, sul funzionamento del sistema amministrativo-contabile, nonché sull'affidabilità di quest'ultimo a rappresentare correttamente i fatti di gestione, mediante l'ottenimento di informazioni dalla Direzione e l'esame dei documenti aziendali. A tale riguardo, in ottica di adeguatezza del sistema stesso, si suggerisce, anche in considerazione degli adempimenti richiesti dal Ministero della Salute di una più dettagliata e approfondita informativa per il rispetto del dettato del Decreto Sacconi, l'adozione di un sistema amministrativo-contabile maggiormente rispondente alla realtà di riferimento. A tal proposito si evidenzia che tale previsione è già presente nel Regolamento di Contabilità, approvato dal Consiglio di Amministrazione nel 2022 ottemperando al disposto dell'art. 19 dello Statuto.

Il Collegio dei Revisori ha verificato il rispetto delle disposizioni del D.M. Sacconi del 2009: la percentuale di risorse destinata alle prestazioni sanitarie vincolate ai sensi di tale decreto in rapporto all'ammontare complessivo delle risorse impegnate per la copertura di tutte le prestazioni garantite agli assistiti, è pari al 40,03%, largamente al di sopra del limite del 20% previsto dal decreto stesso. Ciò continuerà a garantire agli associati la deducibilità dal reddito dei contributi versati per assistenza sanitaria. Nel 2023 è proseguita la partecipazione dell'Associazione al gruppo di sperimentazione delle Casse e Fondi sanitari per i lavori relativi al "Cruscotto delle prestazioni sanitarie". L'implementazione del Cruscotto è stata prevista in forma

forma sperimentale per la durata di due anni e diventerà obbligatoria in via successiva per l'ottenimento del rinnovo dell'iscrizione all'Anagrafe dei fondi sanitari.

L'Associazione si è adeguata, entro il termine del 17 dicembre 2023, alle prescrizioni del D.Lgs. 24/2023 in materia di whistleblowing con la nomina di un responsabile delle segnalazioni (Whistleblower manager), l'attivazione di un canale di segnalazione presente sul proprio sito istituzionale che garantisce la riservatezza dell'identità della persona segnalante, della persona coinvolta e della persona comunque menzionata nella segnalazione, nonché del contenuto della segnalazione e della relativa documentazione. La regolamentazione del canale, dei potenziali segnalanti e delle segnalazioni è contenuta nella specifica policy pubblicata nel sito.

Nel 2023 l'attività di vigilanza svolta dall'Organismo di Vigilanza (OdV) non ha riscontrato violazioni del Modello Organizzativo né ha ricevuto segnalazioni di irregolarità. È stata adottata per la prima volta la politica di revisione interna ed è stato deliberato un piano biennale di controlli.

Nel corso dell'esercizio non sono stati rilasciati dal Collegio dei Revisori pareri previsti dalla legge. Non sono pervenute denunce dai soci ex art. 2408 Codice Civile.

Nel corso dell'attività di vigilanza, come sopra descritta, non sono emersi altri fatti significativi tali da richiederne la menzione nella presente relazione.

B2) Osservazioni in ordine al bilancio d'esercizio

Per quanto a nostra conoscenza, gli Amministratori, nella redazione del bilancio, non hanno derogato alle norme di legge ai sensi dell'art. 2423, comma 4, Codice Civile.

I risultati della revisione legale del bilancio da noi svolta sono contenuti nella sezione A) della presente relazione.

La gestione dell'esercizio può essere riassunta nei seguenti importi:

	2023	variazione	2022
Attività	59.115.468	-869.806	59.985.274
Fondi di riserva	(45.762.805)	2.183	(45.760.622)
Contributi per attività assistenziale	71.138.527	-879.492	72.018.019
Oneri per attività assistenziali	(73.216.702)	739.249	(72.477.453)
Eccedenza di esercizio	2.183	-63.739	65.922

Degli accadimenti del 2023 è stata data ampia rappresentazione nella relazione sulla gestione, confermando il giudizio positivo sull'attività specifica dell'Associazione.

Nel corso del 2023 si è provveduto alla ricognizione commerciale ed all'approvazione dei piani sanitari per il biennio 2024-2025: la trattativa commerciale si è rivelata particolarmente complessa.

B3) Osservazioni e proposte in ordine all'approvazione del bilancio

Il Collegio dei Revisori, per quanto sopra evidenziato e per quanto di propria competenza, ritenendo di aver acquisito elementi probativi sufficienti ed appropriati su cui basare il proprio giudizio, esprime parere favorevole all'approvazione del bilancio al 31 dicembre 2023 sottopostoVi dal Consiglio di Amministrazione e alla relativa proposta di destinazione del risultato.

Milano, 2 maggio 2024

Per il Collegio dei Revisori

Fiorenza Sibille - Presidente del Collegio



