

» Investire
nella salute,
sostenere il futuro



Uni.C.A.

PER IL PERSONALE E LE
AZIENDE DEL GRUPPO



Indice

Cariche sociali

Relazione del Consiglio di Amministrazione

Focus sulla situazione sanitaria nazionale

Evoluzione del sistema sanitario italiano: tra limiti strutturali, cambiamento della domanda e sanità integrativa (a cura dell'OCPS del CeRGAS – SDA Bocconi)

Il modello Uni.C.A.

01 La Cassa sanitaria del Gruppo UniCredit: chi siamo

02 Il modello organizzativo

2.1 Lo Staff di Uni.C.A.

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

03 Il modello di servizio

3.1 Partnership assicurativa e di servizio

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

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

Relazione sulla gestione

04 Gli iscritti al 31.12.2025 e i trend

05 Le coperture offerte agli Iscritti

5.1 I Piani Sanitari 2026-2027

5.2 La prevenzione: risultati della campagna 2024-2025

5.3 Le altre iniziative finanziate direttamente

5.4 Le procedure di segnalazione e gestione dei reclami

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

06 I rapporti tecnici (*Loss Ratio*)

6.1 Le coperture sanitarie di base (polizze assicurative)

6.2 Le coperture odontoiatriche

03 07 Le principali evidenze operative e gestionali. Sintesi 54

04 08 Le prestazioni erogate: analisi e confronto con anni precedenti 55

8.1 Andamento delle coperture di base 55

8.2 Andamento delle coperture odontoiatriche 67

06 09 L'esercizio delle autonomie da parte del Direttore. Le posizioni in contenzioso 73

23 10 L'applicazione del DM Sacconi 74

11 Le attività istituzionali 75

12 Il 2026: attività relative al 1° trimestre 76

Bilancio al 31 dicembre 2025 77

13 Stato Patrimoniale al 31 dicembre 2025 78

14 Conto Economico per l'esercizio 2025 79

14.1 Sezione dipendenti 80

14.2 Sezione pensionati 81

15 Nota Integrativa per l'esercizio 2025 82

15.1 Principi contabili e criteri di valutazione 83

15.2 Informazioni sullo Stato Patrimoniale e sul Conto Economico 85

Relazione del Collegio dei Revisori 92

31

39

40

45

46

49

50

50

53

Cariche sociali al 31.12.2025

Consiglio di Amministrazione

Presidente Argento Antonio¹

Vice Presidente Do' Igor

Consiglieri Bianchi Renato Carlo, Bruno Francesco, Campagna Emilio, Cantarini Patrizia, Caracciolo Cinzia, Ceriani Adriano, D'Auria Gianluca, Farina Ignazio Stefano, Ghislotti Luigi Luca, Gobbi Maria Cristina, Granito Federico, Gregorio Massimo, Louvier Ruggero, Matta Giuseppe, Statti Giovanna, Valenti Guglielmo

Comitato Esecutivo

Presidente Argento Antonio

Vice Presidente Do' Igor

Consiglieri Campagna Emilio, Farina Ignazio Stefano, Gregorio Massimo, Bianchi Renato Carlo, Matta Giuseppe, Statti Giovanna

Collegio dei Revisori

Presidente Davite David

Revisori Effettivi Costigliolo Cristina, Sibille Fiorenza, Ferraro Vincenzo

Revisori Supplenti Achenbach Riccardo, Roggero Gianna Maria

Direttore Miriam Travaglia

Vice Direttore Renato De Mattia

¹ A seguito del rinnovo degli Organi Sociali avvenuto con decorrenza 1° gennaio 2026, il nuovo Presidente è firmatario del presente bilancio.

LETTERA DEL PRESIDENTE

“

Il 2025 è stato un anno impegnativo e caratterizzato da importanti innovazioni, nel quale abbiamo continuato a perseguire con decisione il nostro obiettivo: garantire servizi sanitari di qualità e porre la salute degli iscritti al centro di ogni scelta.

Il Presidente

Gianfranco Cascino

LETTERA DEL PRESIDENTE » CONTINUA

Cari Iscritti e care Iscritte,

Nel 2025 l'Associazione ha proseguito il proprio percorso di consolidamento, completando il diciannovesimo anno di attività. L'anno è stato caratterizzato da importanti sfide, tra cui il rinnovo dei Piani Sanitari e l'introduzione di servizi innovativi, come il nuovo servizio di medicina primaria digitale.

Le attività di rinnovo hanno richiesto un impegno significativo, in un contesto sanitario nazionale complesso, segnato dalle difficoltà del Sistema Sanitario Pubblico e dal conseguente crescente ricorso alle prestazioni private. Tale dinamica ha indotto le Compagnie di assicurazione ad adottare un approccio più prudente e orientato al contenimento dei costi.

In questo scenario, il nostro obiettivo è rimasto costante: garantire continuità, stabilità e qualità dei servizi sanitari offerti agli iscritti.

La negoziazione, che ha visto Generali S.p.A. e Welion confermati rispettivamente come partner assicurativo e provider di servizio per le coperture non odontoiatriche, ha prodotto risultati di rilievo:

- > il mantenimento e il rafforzamento delle coperture sanitarie, con miglioramenti relativi a DSA, maternità e cure oncologiche;
- > una maggiore sostenibilità economica dei Piani Sanitari, raggiunta anche tramite interventi mirati di razionalizzazione;
- > il rinnovo della campagna di check up per il biennio 2026-2027, nella consapevolezza del valore sociale e sanitario della prevenzione.

È stata dunque confermata la nuova campagna di prevenzione che verrà avviata nel corso del 2026. La campagna chiusa nel corso del 2025 ha fatto registrare un forte apprezzamento da parte degli iscritti, con un tasso di partecipazione superiore al 56% (62% tra i dipendenti e 34% tra i pensionati).

Per quanto riguarda le coperture odontoiatriche, l'impianto delle garanzie è stato confermato, con l'introduzione di un nuovo piano che risponde alle esigenze delle famiglie con figli minori per le prestazioni prevalentemente preventive. Si è tuttavia reso necessario un lieve adeguamento dei contributi - rimasti invariati per oltre dieci anni - indispensabile a garantirne la sostenibilità nel medio-lungo periodo. Aon è stato confermato come gestore del servizio.

Poi, grazie al contributo delle Parti sociali aziendali, tramite l'accordo sindacale siglato a febbraio 2025, l'Associazione ha compiuto un passo importante verso l'innovazione con l'avvio, nel successivo mese di ottobre, di MediPhonica, il nuovo servizio di medicina primaria digitale attivo 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, accessibile anche dall'estero e in lingua inglese.

Il servizio, gratuito per tutti i dipendenti del Gruppo UniCredit, è garantito da un team di medici specializzati nella teleassistenza, raggiungibili tramite app dedicata.

Le attività di audit, avviate nel 2023 e previste su un orizzonte pluriennale, hanno confermato la solidità e la correttezza delle procedure gestionali della Cassa.

Sul piano istituzionale, Uni.C.A. ha proseguito il confronto con il Ministero della Salute nell'ambito del progetto Cruscotto delle Prestazioni Sanitarie, volto a rafforzare il patrimonio informativo pubblico sui Fondi e sulle Casse sanitarie.

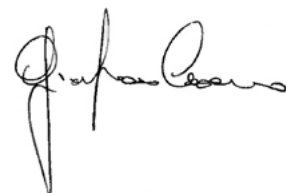
Anche per il 2025 è stata assicurata la piena conformità alle disposizioni del cosiddetto DM Sacconi, garantendo la deducibilità fiscale dei contributi versati dagli iscritti.

Il Bilancio 2025 si chiude con un avanzo contabile pari a € 76.906, che sarà destinato ad alimentare le riserve patrimoniali della Cassa.

In conclusione, il 2025 è stato un anno impegnativo e caratterizzato da importanti innovazioni, nel quale abbiamo continuato a perseguire con decisione il nostro obiettivo: garantire servizi sanitari di qualità e porre la salute degli iscritti al centro di ogni scelta.

Desideriamo ringraziarvi sinceramente. Stimoli, osservazioni e suggerimenti rappresentano per noi un contributo prezioso, che ci guida nel miglioramento continuo dei servizi e nel perseguimento di un modello di assistenza sempre più vicino alle vostre esigenze.

Il Presidente
Gianfranco Cascino



FOCUS SULLA SITUAZIONE SANITARIA NAZIONALE

Evoluzione del sistema sanitario italiano: tra limiti strutturali, cambiamento della domanda e sanità integrativa

Contributo dell'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (OCPS) del CeRGAS - SDA Bocconi (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management)

Introduzione

Dalle evidenze più recenti raccolte nel Rapporto OASI 2025, a cura del CeRGAS - SDA Bocconi e da altre fonti istituzionali, si vuole offrire una lettura sistematica delle problematiche emergenti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e dell'andamento della spesa privata e della sanità integrativa nel rispondere ai bisogni di salute degli italiani.

Muovendo dall'evidenza sulla variabilità ingiustificata dei consumi, sui limiti di produttività del sistema e sulla carenza di personale - in particolare infermieristico - si analizza come tali dinamiche, spesso scarsamente considerate, si intreccino con la trasformazione dei comportamenti di scelta dei cittadini tra pubblico e privato. Si vuole, in particolare, focalizzare

l'attenzione sul fatto che le principali cause di malfunzionamento del SSN individuate dal dibattito nazionale non forniscono sempre un quadro completo, provando quindi ad offrire nuovi spunti di riflessione per un miglior governo della domanda e un uso più efficiente ed efficace delle risorse a disposizione del sistema sanitario pubblico e della sanità privata.



FOCUS SULLA SITUAZIONE SANITARIA NAZIONALE » CONTINUA

Il quadro generale

Dopo la fase di incremento del finanziamento del SSN legato all'emergenza pandemica, si conferma il ritorno a quote di Prodotto Interno Lordo (PIL) investito in sanità simile alla fine del 2010. Sebbene in termini assoluti la quota di finanziamento sia aumentata, la quota di PIL destinata alla sanità fornisce un'immagine chiara della volontà o capacità

di finanziamento da parte di un sistema paese nel proprio sistema sanitario. Il governo italiano si muove tra i vincoli del mantenimento della spesa pensionistica e la gestione di un debito pubblico sempre critico e tale condizione si riflette nella determinazione di una quota di PIL investita in sanità al di sotto di diversi paesi dell'area Euro ed anche non Euro.

Tabella 1 - Spesa sanitaria pro capite (in euro) per regime di finanziamento e paesi OCSE selezionati, 2024

Spesa	Spesa pubblica o privata obbligatoria ¹		Spesa privata volontaria		Spesa sanitaria totale	
	Paese	€ pro capite	% PIL	€ pro capite	% PIL	€ pro capite
Germania	5.459 €	10,6%	869 €	1,7%	6.328 €	12,3%
Austria	4.749 €	9,0%	1.477 €	2,8%	6.226 €	11,8%
Francia	4.149 €	9,7%	764 €	1,8%	4.913 €	11,5%
Portogallo	1.707 €	6,4%	1.037 €	3,9%	2.745 €	10,2%
Paesi Bassi	5.260 €	8,3%	1.064 €	1,7%	6.324 €	10,0%
Spagna	2.187 €	6,7%	816 €	2,5%	3.003 €	9,2%
Italia	2.331 €	6,3%	808 €	2,2%	3.139 €	8,4%
Grecia	1.106 €	4,8%	747 €	3,3%	1.853 €	8,1%

PAESI NON EURO

Spesa	Spesa pubblica o privata obbligatoria ¹		Spesa privata volontaria		Spesa sanitaria totale	
	Paese	€ pro capite	% PIL	€ pro capite	% PIL	€ pro capite
Svizzera	7.728 €	8,0%	3.476 €	3,6%	11.371 €	11,8%
Regno Unito	4.385 €	9,1%	1.008 €	2,1%	5.393 €	11,1%
Svezia	5.134 €	9,7%	860 €	1,6%	5.994 €	11,3%
Polonia	1.453 €	6,3%	409 €	1,8%	1.862 €	8,1%

¹Con il termine "Spesa privata obbligatoria", l'OCSE fa riferimento alla spesa sanitaria relativa alle polizze assicurative sanitarie che alcuni Paesi richiedono obbligatoriamente di acquistare ai propri cittadini.

Fonte: adattamento della Tab. 6.4 pag. 11 online, M. Cavazza, M. Del Vecchio, L. Fenech, L. Preti, V. Rappini, I consumi privati in sanità, in Cergas Bocconi, Rapporto OASI 2025, EGEA, Milano, 2025. <https://forms.sdabocconi.it/brochure/2026/oasi/>

Quindi, la spesa sanitaria privata italiana, pari al 2,2% del PIL, è in linea con altri Paesi, ad eccezione di Portogallo e Grecia (e Svizzera dove il contesto presenta definizioni e meccanismi differenti), portando la quota totale di PIL destinato alla spesa sanitaria pubblica e privata all'8,4% in fondo alla classifica

europea. È da notare come Spagna e Portogallo con un rapporto spesa sanitaria pubblica / PIL simile all'Italia raggiungano una quota PIL / spesa sanitaria totale maggiore di 1-2 punti percentuali in più rispetto all'Italia attraverso una maggiore spesa privata.

Questa tabella aiuta a comprendere come sia necessaria una riflessione su un uso efficace ed efficiente delle risorse a disposizione sia della sanità pubblica sia di quella privata.

FOCUS SULLA SITUAZIONE SANITARIA NAZIONALE » CONTINUA

Le criticità emergenti della sanità pubblica italiana

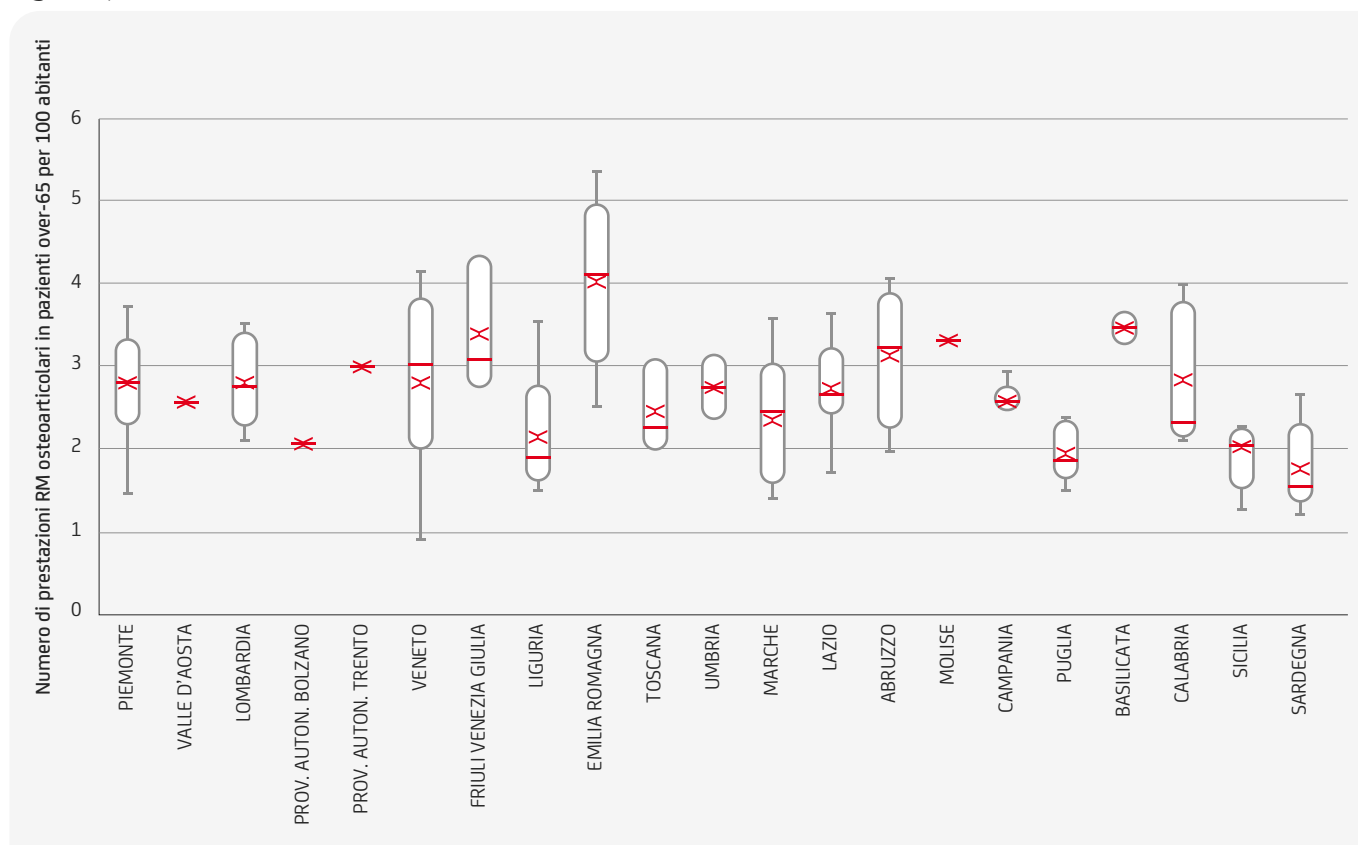
Nella prospettiva sopra descritta, si presenta, quindi, la necessità di comprendere appieno quali siano le criticità effettivamente presenti nel Servizio Sanitario Nazionale in termine di utilizzo di risorse e di organizzazione.

Le criticità emergenti del SSN: variabilità ingiustificata dei consumi

Un fenomeno rilevante, ma sottovalutato quale indicatore di mancato governo della domanda di prestazione nell'ambito del SSN, è la variabilità ingiustificata dei consumi. I dati evidenziano differenze territoriali significative nel consumo di prestazioni sanitarie. Ad esempio, il consumo di prestazioni di risonanza magnetica (RM) osteoarticolare per pazienti over-65 varia notevolmente tra le regioni italiane, con disparità che vanno da circa 1,5 a 5,5 prestazioni per 100 abitanti (Emilia-Romagna vs Sardegna, dati 2023). Questo tipo di rappresentazione del fenomeno (vedasi box-plot in Figura 1) consente di evidenziare

come sia presente anche una forte variabilità all'interno di una stessa regione. Ad esempio, nel caso del Veneto vi sono aziende sanitarie in cui si va da un massimo di poco più di 4 RM ogni 100 abitanti a un minimo di 1 ogni 100 abitanti. La Regione Emilia-Romagna, confinante con la Regione Veneto e probabilmente caratterizzata da condizioni epidemiologiche assai simili, ha una media di 4 RM ogni 100 abitanti (indicata dalla x nella Figura 1) rispetto a poco meno di 3 in Veneto, con una variabilità da 2,5 a 5,5 RM ogni 100 abitanti.

Figura 1 - Consumo di prestazioni Risonanza Magnetica (RM) osteoarticolari in pazienti over-65 per 100 abitanti, box-plot regionali, 2024



Nota: la linea “—” nella scatola rappresenta la mediana, mentre la “x” rappresenta la media. I cosiddetti “baffi” sopra e sotto la scatola rappresentano rispettivamente il valore massimo e il valore minimo.

Fonte: Figura 9.1., pag. 12 online in Broccolo G., Furnari A., Longo F., Puritani G., Ricci A. La variabilità dei consumi e delle prescrizioni nel SSN: un confronto inter e intra regionale, in Cergas Bocconi (a cura di), Rapporto OASI 2025, EGEA, Milano 2025. <https://forms.sdbocconi.it/brochure/2026/oasi/>

FOCUS SULLA SITUAZIONE SANITARIA NAZIONALE » CONTINUA

La Figura 2 consente, inoltre, di rilevare come il livello di densità di popolazione abbia un impatto rilevante nell'erogazione di prestazioni, classificando gli erogatori del Servizio Sanitario Regionale lombardo in base alla densità del proprio bacino di utenza, tra aree a bassa densità (inferiore a 297 ab./km²), media densità (tra 297 e 841 ab./km²) e alta intensità (superiore 841 ab./km²). In particolare, si registrano variazioni

significative tra le diverse Aziende Socio Sanitarie e Territoriali (ASST): territori ad alta densità tendono a consumare di più (con una media di 75,9 e 214 visite per 1.000 abitanti, rispettivamente nella popolazione generale e tra gli over65), mentre i territori a media densità consumano meno in assoluto (61,3 e 164 visite rispettivamente).

Figura 2 - Consumo di prestazioni di RM per 1.000 abitanti e per 1.000 abitanti over 65 per ASST (Lombardia), 2024



Nota: le lettere maiuscole sull'asse delle ascisse rappresentano le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) lombarde che erogano prestazioni sanitarie ospedaliere e territoriali oltre che sociosanitarie.

Fonte: Fig. 9.17, p. 28 online Broccolo G., Furnari A., Longo F., Puritani G., Ricci A., La variabilità dei consumi e delle prescrizioni nel SSN: un confronto inter e infra regionale, in Cergas Bocconi (a cura di), Rapporto OASI 2025, EGEA, Milano 2025. <https://forms.sdabocconi.it/brochure/2026/oasi/>

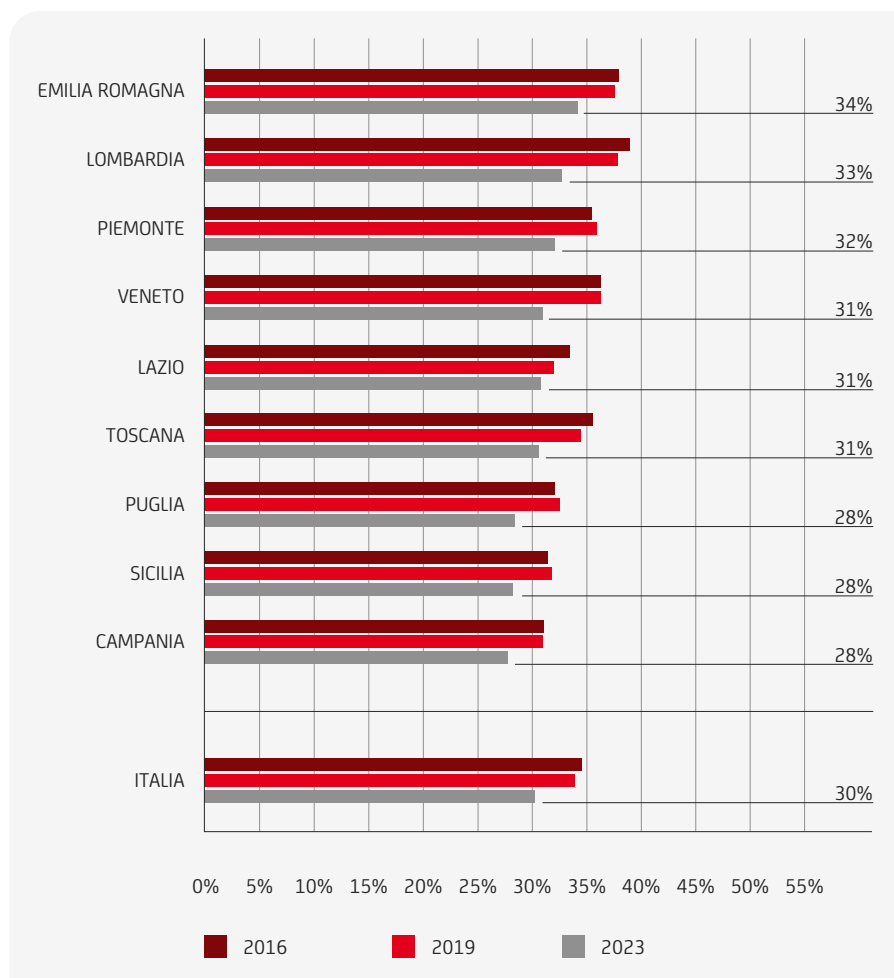


FOCUS SULLA SITUAZIONE SANITARIA NAZIONALE » CONTINUA

Efficienza di sistema: equilibrio finanziario vs crescita di produttività

Il valore della produzione sanitaria (ricoveri e specialistica ambulatoriale) in rapporto alla spesa sanitaria pubblica regionale restituisce un possibile rapporto tra *input* e *output* di sistema in singoli contesti regionali, mostrando un trend preoccupante. Dopo aver raggiunto il 34% nel 2016, è sceso al 28-30% nel 2023 in diverse regioni. Questo dato solleva interrogativi sulla capacità del sistema di aumentare la produttività piuttosto che limitarsi a mantenere l'equilibrio finanziario: negli ultimi anni, gli sforzi si sono anche giustamente focalizzati sul raggiungimento di quest'ultimo, senza però incidere su processi di riorganizzazione che avrebbero potuto aumentare la produttività del capitale fisico e umano del Servizio Sanitario Regionale (SSR).

Figura 3 - Valore della produzione (ricoveri + specialistica) in relazione alla spesa sanitaria pubblica regionale



Fonte: adattato da F. Longo, Narrazione e criticità emergenti: una doppia agenda per i DG del Servizio Sanitario Nazionale, Presentazione Rapporto OASI 2025, 3 dicembre 2025, Milano, da Furnari A., Notarnicola E., Giordana Puritani, Alberto Ricci e Silvia Rota, La spesa sanitaria e i costi dei servizi: composizione ed evoluzione nella prospettiva nazionale, regionale ed aziendale, Cergas Bocconi (a cura di) Rapporto OASI 2025, Egea, Milano. Fig 3.11, p. 28 online.

Si pensi, ad esempio, alla chiusura o alla trasformazione di piccoli ospedali in ospedali di comunità oppure alla costruzione di reti di patologie basate sulle reti hub&spoke come accaduto per il tumore alla mammella. Si tratta di individuare centri di riferimento regionali (hub) collegati a strutture diffuse capillarmente sul territorio (spoke): ad esempio, gli hub per la patologia mammaria eseguono gli interventi chirurgici, garantendo qualità

grazie agli alti volumi di attività; gli spoke, invece, seguono le pazienti nella fase chemioterapica, vicino al loro domicilio. Sebbene si tratti di soluzioni organizzative dalla comprovata efficacia ed efficienza, spesso si scontrano con percezioni diverse: da un lato i medici, che preferiscono lavorare nei centri hub; dall'altro la popolazione e i politici locali, che temono una "delocalizzazione" delle attività dai loro piccoli ospedali - destinati a diventare spoke - verso

gli hub, anche quando questi ultimi garantiscono maggiore qualità e sicurezza. Un altro esempio emblematico di queste dinamiche è la riapertura, su pressione dei sindaci, di punti nascita con meno di 400 parti, nonostante le linee guida internazionali e nazionali indichino 400 parti come valore soglia: al di sotto di questo livello, infatti, la riduzione dei volumi di attività è associata a un aumento del rischio di eventi avversi durante il parto.

FOCUS SULLA SITUAZIONE SANITARIA NAZIONALE » CONTINUA

Assenza di criteri espliciti di priorità

Il SSN, ispirato al modello Beveridge², nasce dall'idea che la scelta collettiva alloca meglio risorse non elevate rispetto a bisogni potenzialmente infiniti. Il suo impianto universalistico è ritenuto più razionale dei sistemi assicurativi e del modello Bismarck (assicurazione sociale presente ad esempio in Francia e Germania). In questa logica, le liste d'attesa sono considerate uno strumento fisiologico e persino virtuoso perché rendono esplicite le priorità. In teoria, il SSN è quindi pensato per governare la "scarsità" definendo e applicando priorità collettive per massimizzare il beneficio sociale. Tuttavia, nonostante questo impianto, attualmente il SSN non esprime criteri chiari di priorità nell'accesso alle prestazioni, con conseguenze evidenti. Come già rilevato negli anni scorsi, le modalità di pagamento delle prestazioni sanitarie mostrano

che tra il 2019 e il 2023 è cresciuta significativamente la quota di spesa Out-of-pocket (spesa sanitaria privata) dal 33% al 37% per visite specialistiche, dal 23% al 30% per esami diagnostici.

La mancanza di priorità si manifesta anche in percorsi clinicamente più complessi e seppure restando entro i termini previsti dai protocolli. Questo è il caso, ad esempio, dell'attesa da biopsia a chirurgia mammaria nel bacino dell'Azienda di Tutela della Salute (ATS) di Milano: i dati evidenziano come i pazienti che effettuano tutti gli accertamenti in regime pubblico attendano in media 51,66 giorni, mentre quelli che ricorrono completamente al regime solvenza-privato attendono 32,49 giorni.

² modello caratterizzato da un finanziamento pubblico delle cure sanitarie, dove lo Stato gioca un ruolo centrale nell'erogazione dei servizi.

Tabella 2 - Numero di giorni di attesa da biopsia a chirurgia mammella nell'Azienda di Tutela della Salute (ATS) di Milano, 2024.

Stratificazione della popolazione per modalità di accertamento	N. di pazienti	Media giorni per accertamenti
Pazienti che fanno tutti gli accertamenti in regime pubblico	1.207	51,66
Pazienti con prestazioni in solvenza o privata, ma a prevalenza di regime pubblico	2.732	54,22
Pazienti che fanno lo stesso numero di accertamenti in SSR e in regime solvenza-privato	258	53,19
Pazienti con prestazioni in regime SSR, ma prevalenza di regime solvenza-privato	519	48,99
Pazienti che fanno tutti gli accertamenti in regime solvenza-privato	147	32,90

Fonte: adattato da F. Longo, Narrazione e criticità emergenti: una doppia agenda per i DG del Servizio Sanitario Nazionale, Presentazione Rapporto OASI 2025, 3 dicembre 2025, Milano.

Infine, indicatore di frequente carenza di governo e di effettiva presa in carico emerge dalla numerosità di prescrizioni a cui, poi, non segue l'erogazione della prestazione. Tale fenomeno emerge, ad esempio, in regioni come Lombardia dove vi sono

aziende sanitarie in cui le visite specialistiche prescritte ed effettivamente erogate si limitano al 48%. Tale fenomeno si ripresenta in misura lievemente minore per la diagnostica arrivando anche al 54%.

37%

Spesa sanitaria privata per le visite specialistiche

+4% tra il 2019 e il 2023

51,66 gg

Media giorni d'attesa per gli accertamenti di regime pubblico

48%

Visite specialistiche prescritte ed effettivamente erogate

Attualmente il SSN non esprime criteri chiari di priorità nell'accesso alle prestazioni, con conseguenze evidenti



FOCUS SULLA SITUAZIONE SANITARIA NAZIONALE >> CONTINUA

Figura 4 - Differenziali prescrittivi nelle visite: prescrizioni e consumo di visite per 1.000 abitanti per Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST), Milano, 2024

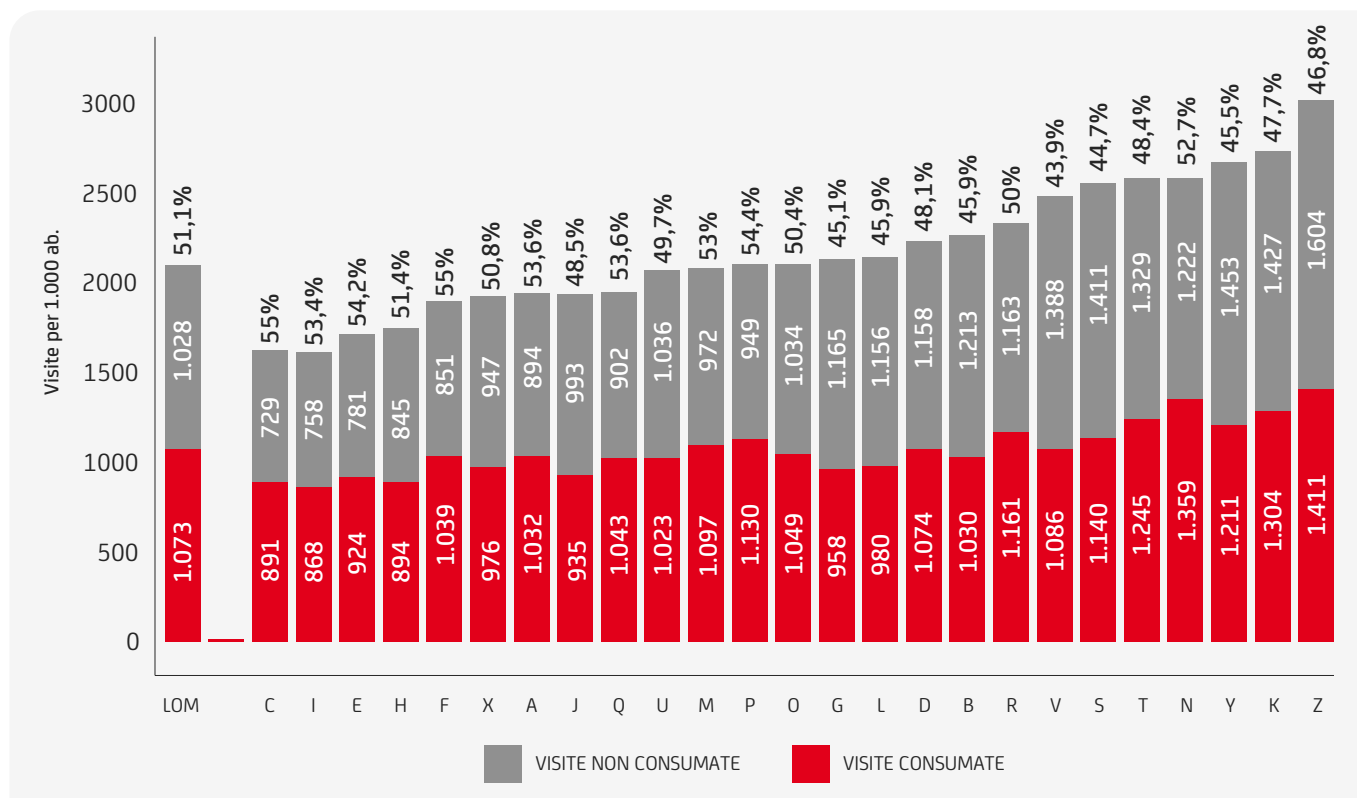
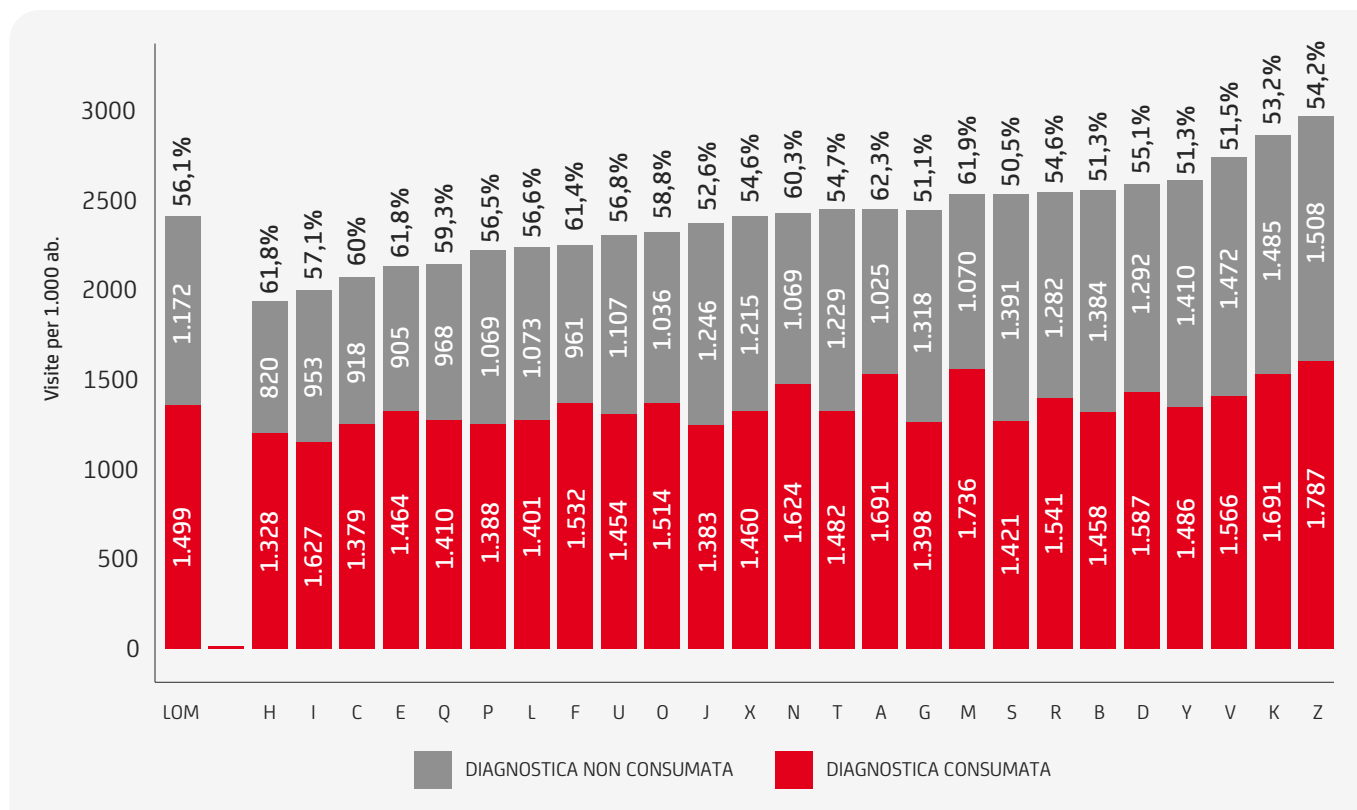


Figura 5 - Differenziali prescrittivi nelle prestazioni di diagnostica: prescrizioni e consumo di diagnostica per 1.000 abitanti per Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST), 2024



Nota: sull'asse delle ascisse le lettere maiuscole rappresentano le ASST, mentre l'abbreviazione "LOM." indica il valore medio per l'intera Regione Lombardia.

Fonte: Figure 9.18 e 9.19, pag. 30 online in Broccoli G., Furnari A., Longo F., Puritani G., Ricci A., La variabilità dei consumi e delle prescrizioni nel SSN: un confronto inter e infra regionale, in Cergas Bocconi (a cura di), Rapporto OASI 2025, EGEA, Milano 2025. <https://forms.sdobocconi.it/brochure/2026/oasi/>

FOCUS SULLA SITUAZIONE SANITARIA NAZIONALE » CONTINUA

I motivi dell'andamento rappresentato in Figura 4 e Figura 5 possono essere, naturalmente, molteplici andando dall'accesso alle prestazioni presso erogatori privati in solvenza o attraverso la sanità integrativa, in seguito a liste di attese o complessità nella prenotazione. È anche da considerare la possibilità di scomparsa del bisogno, ma anche in ultima istanza la decisione di rinunciare alle cure. Infine, nelle aree ad elevata densità di popolazione, la percentuale di trasformazione delle prescrizioni in consumi si abbassa anche di 10 punti percentuali, potendo probabilmente contare su una più ampia rete di offerta.

Carenza crescente di personale infermieristico

A fronte di una grande attenzione mediatica relativa alla mancanza di medici, la criticità del personale infermieristico è assai meno oggetto di attenzione sebbene molto più difficilmente affrontabile. Infatti i dati OCSE indicano che, mentre nel 2018 solo l'1% dei quindicenni italiani aspirava a diventare infermiere, nel 2022 la percentuale è rimasta invariata, a fronte del 12% che aspira alla professione medica.

Le prospettive continuano a non essere incoraggianti dato che per l'anno accademico 2025-26, a fronte di 20.409 posti disponibili per infermieristica in Italia, si registrano solo 17.215 domande (o posti a semestre "filtro"), evidenziando un gap strutturale nell'attrattività della professione.

Si tratta di una situazione presente in tutti i Paesi europei, ma che in Italia raggiunge una situazione ad alta criticità (4,1 infermieri vs 6,2 medici ogni 1.000 abitanti) mettendo a rischio tutte le iniziative di ridisegno dei servizi sanitari e degli interventi a favore dell'assistenza territoriale previsti dal PNRR.

Nuovi setting assistenziali e riallocazione delle risorse

Sebbene il PNRR e il DM 77/2022³ prevedano investimenti significativi in nuovi setting assistenziali territoriali:

- > 2.400 Case della Comunità (di cui 1.847 ancora da realizzare)
- > 1.200 Ospedali di Comunità (di cui 1.023 ancora da realizzare)
- > 602 Centrali Operative Territoriali (di cui 542 ancora da realizzare)

il fabbisogno stimato di personale infermieristico per questi nuovi servizi, che ammonta a oltre 101.000 unità, rendono necessaria una significativa riallocazione delle risorse umane tra setting ospedalieri e territoriali. Le strutture ospedaliere lamentano il trasferimento degli infermieri verso il territorio senza un'integrazione di risorse umane e d'altro canto la domanda, ad esempio, di infermieri di comunità (figure chiave delle nuove Case di Comunità), non è raggiunta. Un possibile contributo al superamento di questa condizione potrebbe venire dall'ecosistema digitale fornito dal PNRR.

Ecosistema digitale: finalità strategiche poco definite

Nonostante l'accelerazione della digitalizzazione grazie al PNRR e al DM 77/2022 (Fascicolo Sanitario Elettronico - FSE, telemedicina, Centro Unico di Prenotazione - CUP, Cartella Clinica Elettronica - CCE), non sono ancor ben definiti gli obiettivi strategici di sistema e le direttrici di trasformazione dei servizi. Inoltre, si rileva la mancanza di indicatori e target definiti per valutare l'impatto effettivo di queste innovazioni.

In altre parole, un utilizzo efficace di questi strumenti messi a disposizione dal PNRR, da una parte, consentirebbe un incremento della produttività del sistema supportando un migliore utilizzo delle risorse umane disponibili così come maggiori opportunità di svolgere un'effettiva presa in carico dei pazienti. Dall'altra, sembra mancare – condizione necessaria perchè ciò avvenga - una strategia trasversale alle diverse aree di cura che porti a ridisegnare i servizi riassegnando i ruoli e funzioni. Senza un profondo sforzo di supporto istituzionale e organizzativo nel medio periodo e di change management a livello ospedaliero e territoriale è difficile prospettare un effettivo cambiamento nell'operatività quotidiana del SSN.

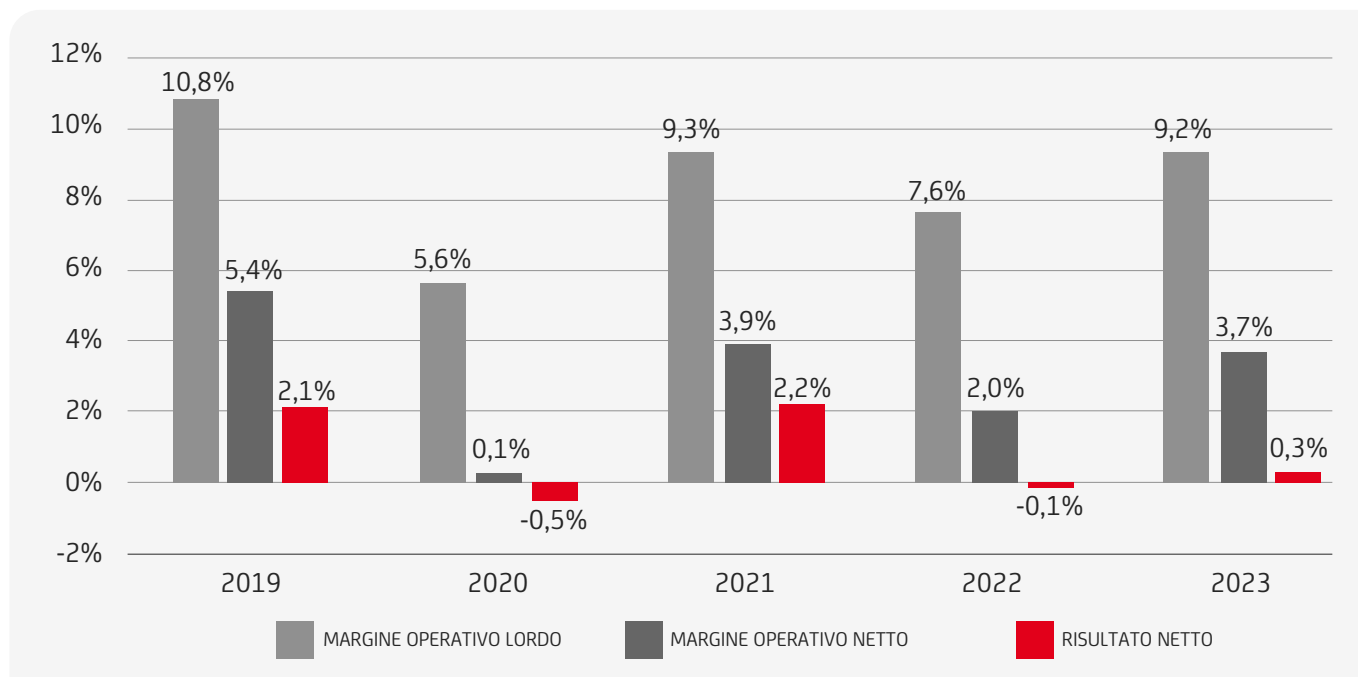
Economicità delle aziende sanitarie

Le grandi aziende ospedaliere pubbliche mostrano una notevole variabilità nell'incidenza dei costi del personale sul valore della produzione (dal 35% al 45%) e nel valore delle prestazioni erogate (dal 40% al 75%). Il lavoro di cura è fatto dal capitale umano; tuttavia, all'interno del SSN sembra esserci una produttività molto variabile di questa risorsa, richiamando temi già sopra affrontati circa il rapporto tra input e output nel SSN.

Per quanto riguarda le strutture private accreditate, i principali 34 gruppi sanitari nazionali (con ricavi superiori a 100 milioni di euro) hanno registrato nel 2023 un margine operativo lordo del 9,2%, con significative differenze tra chi opera prevalentemente in regime SSN e chi opera in regime privato. Alla luce degli ultimi dati disponibili (2023) sembra che allora le strutture private accreditate non avessero ancora recuperato in modo consolidato il reddito netto precedente al Covid.

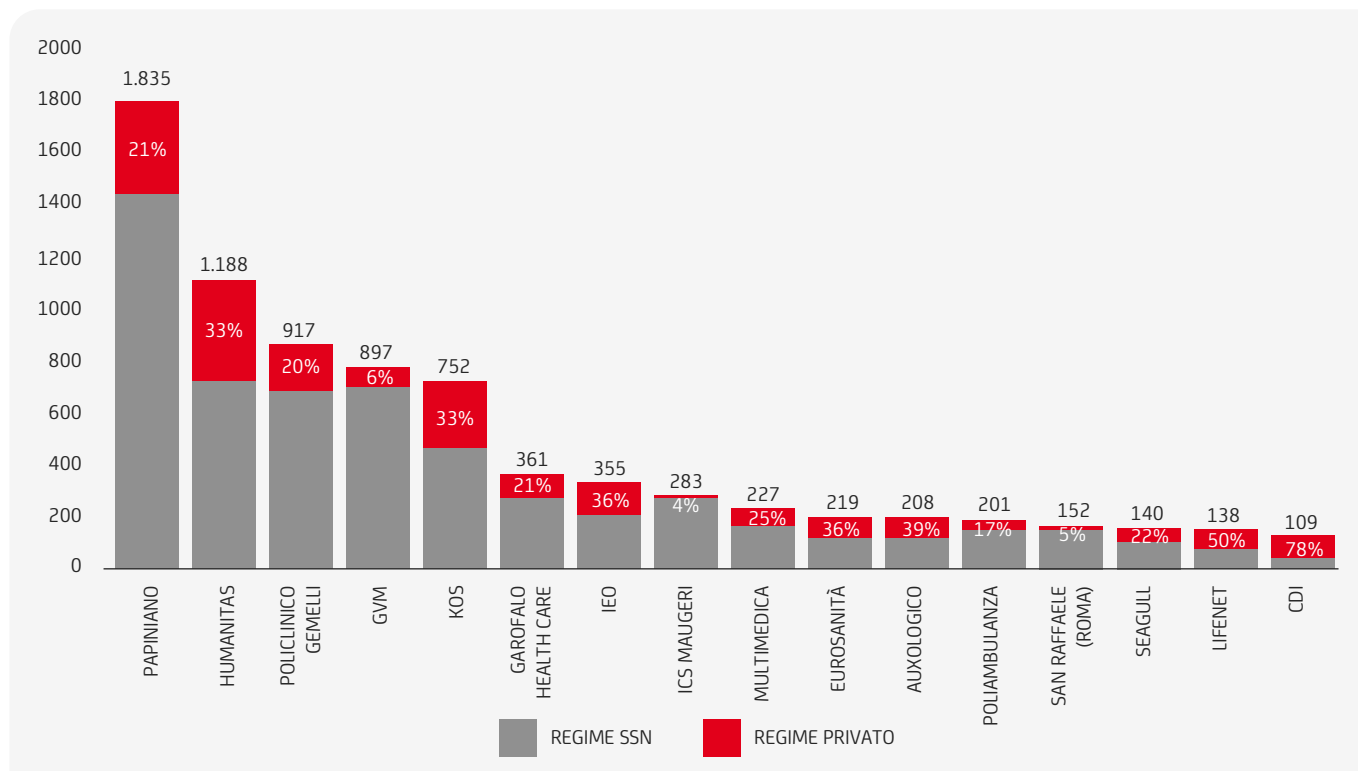
³ Il DM 77/2022 è il decreto del Ministero della Salute che definisce i modelli e gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano, puntando a una sanità più integrata e vicina al cittadino. Entro il 2026, mira a riorganizzare la medicina di prossimità tramite Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali (COT) e telemedicina.

FOCUS SULLA SITUAZIONE SANITARIA NAZIONALE » CONTINUA

Figura 6 - **Andamento di Margine Operativo Lordo e Netto e Reddito Netto in percentuale sui ricavi, aggregato dei principali gruppi sanitari (>100 mln €), 2019-2023**

Fonte: Fig. 4.8, p. 30 online, elaborazione OASI su dati Area Studi Mediobanca in Giudice L., Preti L., Ricci A. Gli erogatori privati accreditati: inquadramento nell'offerta SSN ed evoluzione dei risultati economici, Cergas Bocconi (a cura di) Rapporto OASI 2025 <https://forms.sdabocconi.it/brochure/2026/basi/> (2025).

Differenziando tra aree di assistenza emerge che gli attori impegnati nell'area dell'assistenza ambulatoriale e dei laboratori, dipendendo meno dal SSN, abbiano un maggiore flessibilità e opportunità di manovra in termini di marginalità, come confermato dalla figura successiva sulle fonti dei ricavi di alcuni operatori in base all'analisi di Mediobanca (2025).

Figura 7 - **Principali gruppi sanitari privati: entità dei ricavi sanitari (mln €) e suddivisione percentuale per regime, 2023**

Fonte: Fig. 4.9, p. 32 online, elaborazione OASI su dati Area Studi Mediobanca in Giudice L., Preti L., Ricci A. Gli erogatori privati accreditati: inquadramento nell'offerta SSN ed evoluzione dei risultati economici, Cergas Bocconi (a cura di) Rapporto OASI 2025 <https://forms.sdabocconi.it/brochure/2026/basi/>

FOCUS SULLA SITUAZIONE SANITARIA NAZIONALE » CONTINUA

Quali strategie?

A fronte delle criticità sopra descritte, si ha l'impressione che il dibattito si focalizzi su quelle che sono state definite dal Rapporto OASI 2025 delle "narrazioni consolatorie" che non sembrano consentire il superamento delle criticità.

In particolare, si fa spesso riferimento al fatto che la spesa del SSN sia "facilmente aumentabile", quando invece – al di là della politica - la demografia (14,4 milioni di over-65 vs 7,2 milioni di under-15), la spesa previdenziale (INPS riceve 100 miliardi dalla fiscalità generale) e l'ampiezza dei bisogni non coperti (51% delle visite, 35% della diagnostica ambulatoriale, 93% degli anziani non autosufficienti) rendono complesso un aumento significativo.

Una seconda componente del dibattito individua la soluzione in una maggiore efficienza del SSN, ma va segnalato come l'efficientamento "sostenibile" sia già stato realizzato e rimane spazio solo per interventi "dolorosi" (accorpamento UO, riduzione spazi ambulatoriali, trasformazione ospedali piccoli).

Infine, un'ulteriore parte si focalizza esclusivamente sul problema delle "liste di attesa", che misurano il 50-60% delle ricette che trovano prenotazione nel SSN e il loro smaltimento rischia di alimentare ulteriori consumi inappropriati in quanto non si differenzia tra i cittadini iper o ipo consumatori di prestazioni e frammentati soprattutto nel caso di pazienti cronici.

Provando, invece, a individuare possibili soluzioni coerenti con il contesto in cui si trova attualmente l'Italia, si è proposto ad esempio il tema del ruolo dei Medici di Medicina Generale (MMG) nell'assistenza territoriale. Il dibattito attuale focalizza l'attenzione sulla soluzione di assumere i MMG nelle Case di Comunità in modo da creare una connessione tra questi medici convenzionati e gli operatori del SSN. Sono, tuttavia,

da tenere in considerazione alcuni elementi di contesto: la vicinanza fisica "forzata" non rappresenta necessariamente la soluzione più coerente nella prospettiva della transizione digitale in corso anche nel nostro Paese. Oggi in Italia (da Lecco a Napoli) il 70% dei contatti tra pazienti e MMG avviene già da remoto (telefono, email, whatsapp, piattaforme di medicina generale). Così la richiesta dei MMG di relazionarsi con i colleghi del SSN passa sempre più dall'uso di strumenti digitali quali il teleconsulto tra pari e la teleferitazione dopo una prima fase di reciproca conoscenza, oltre alle televisite e teleassistenza per il monitoraggio dei pazienti cronici. Pertanto, in questa prospettiva, anche la proposta di "una maggiore capillarità fisica" deve tenere conto della transizione digitale che dovrebbe fare il SSN in un'epoca in cui le piattaforme in altri settori hanno già completamente modificato le modalità di lavoro e i modelli di business. Dalle prime esperienze concrete sta emergendo che questi strumenti possono essere usati individuando attentamente le caratteristiche del target e prevenendo un primo contatto fisico a cui far seguire quelli da remoto. È da sottolineare che ciò vale sia nelle relazioni medico/ personale sanitario e paziente, sia tra professionisti.

Infine, le opzioni che si basano sul *comprare prestazioni aggiuntive* dal privato accreditato e *incentivare lavori poco attraenti*, come quello degli infermieri, sono risposte capaci di fare fronte a situazioni di emergenza quali le liste di attesa e la carenza di personale, ma che si limitano a impattare sulla capacità produttiva del sistema, ossia sul lato dell'offerta. Resta, invece, sguarnito il lato della domanda e la necessità impellente – sebbene politicamente più complessa – di costruire un effettivo governo della domanda e operare una profonda riorganizzazione dei servizi.

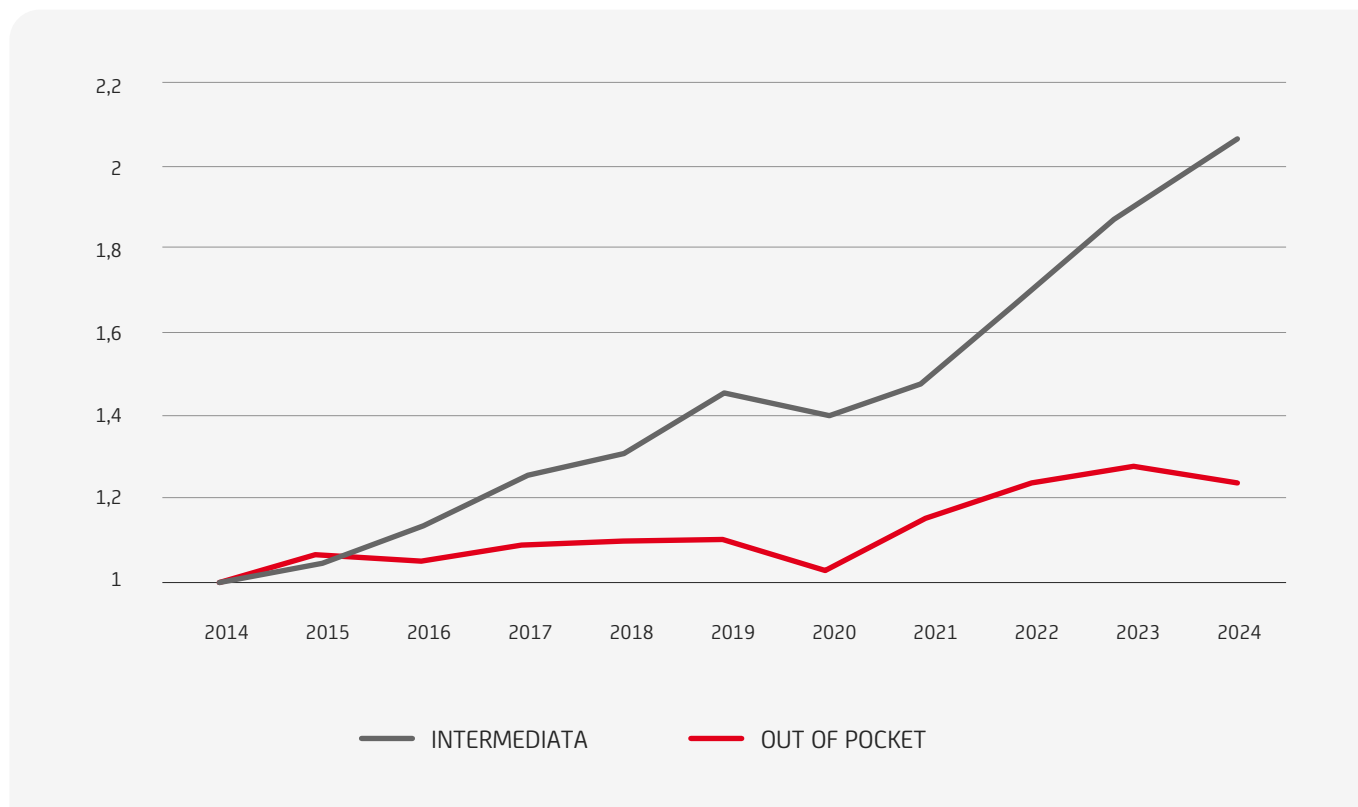


FOCUS SULLA SITUAZIONE SANITARIA NAZIONALE » CONTINUA

I consumi e la spesa sanitaria privata tra il 2014 e il 2024

Nel decennio 2014-2024 la spesa sanitaria privata in Italia è cresciuta in valore nominale (da 36,3 a 47,7 miliardi di euro), ma con un andamento non lineare: dopo le oscillazioni legate alla pandemia, nel 2024, si registra per la prima volta una lieve riduzione rispetto al 2023: tale riduzione è totalmente da attribuire alla componente *Out-of-pocket* (spesa diretta da parte dei singoli cittadini) che diminuisce di 1,1 miliardi (-2,6%), mentre aumenta costantemente la componente dei regimi di finanziamento volontari (spesa intermediata), spinta da quella assicurativa che passa da 4,3 a 4,7 miliardi (+9,3%).

Figura 8 - **Andamento di spesa out-of-pocket e intermediata, 2014 - 2024**



Fonte: V. Rappini, I consumi privati in sanità, Presentazione Rapporto OASI 2025, Milano 3 dicembre 2025. https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/5_Rappini_OASI25.pdf?_gl=1*37tjbo*_up*MQ..*_ga*MTU10DA1NzcxMC4xNzcxNjkxNjA2*_ga_SH2F98CFM*cze3NzE2OTE2MDUkbzEkZzAkDE3NzE2OTE2MDUkajYwJGwwJG9w

Tabella 3 - **Spesa sanitaria privata per tipo di finanziamento, 2014-2024**

Spesa diretta delle famiglie e regimi volontari (assicurazioni, imprese, enti non profit)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Miliardi di euro	36,3	38,2	38,7	40,4	41,0	41,6	38,6	43,6	46,5	48,2	47,7
- di cui Out of Pocket	33,3	35,0	35,2	36,6	36,9	37,1	34,3	39,0	41,2	42,4	41,3
- di cui Intermediata	3,1	3,2	3,5	3,9	4,1	4,5	4,3	4,6	5,3	5,9	6,4
In % della spesa totale	25,1%	26,0%	26,1%	26,7%	26,6%	26,8%	24,2%	25,5%	26,3%	26,9%	25,7%
In % del PIL	2,2%	2,3%	2,3%	2,3%	2,3%	2,3%	2,3%	2,4%	2,3%	2,3%	2,2%

Fonte: V. Rappini, I consumi privati in sanità, Presentazione Rapporto OASI 2025, Milano 3 dicembre 2025. https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/5_Rappini_OASI25.pdf?_gl=1*37tjbo*_up*MQ..*_ga*MTU10DA1NzcxMC4xNzcxNjkxNjA2*_ga_SH2F98CFM*cze3NzE2OTE2MDUkbzEkZzAkDE3NzE2OTE2MDUkajYwJGwwJG9w

FOCUS SULLA SITUAZIONE SANITARIA NAZIONALE » CONTINUA

La riduzione della spesa sanitaria privata sembra essersi concentrata sulla spesa ospedaliera dove si osserva una riduzione da 6,9 a 6,2 mld di euro, diminuendo così di circa il 2% il suo peso sulla spesa complessiva.

Entrando nel merito delle 3 componenti del finanziamento intermediato, si segnala un assestamento delle assicurazioni individuali che dopo una progressiva crescita negli ultimi anni, sembra essersi assestata nel 2024 rappresentando il 33% dell'ammontare totale, mentre, il loss-ratio (rapporto sinistri/premi) del settore malattia dopo la crescita successiva all'emergenza pandemica, sembra essersi riassetato al 71%. È da considerare che si tratta di una rappresentazione aggregata che non consente di differenziare tra polizze collettive e individuali. Non è ancora disponibile il dato sulle polizze collettive al 2024.

6,2 mld di €

Spesa sanitaria ospedaliera

-2% rispetto al 2014

71%

Loss-ratio del settore malattia

Tabella 4 - **Dati relativi alle polizze assicurative del ramo malattia, 2019-2024**

Dati polizze	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Piani raccolti nel ramo (mln di €)	3.210	3.105	3.277	3.702	4.180	4.403
% polizze relative a polizze individuali	32%	31%	32%	34%	34%	33%
% polizze relative a fondi sanitari e altri enti similari	56%	59%	56%	53%	54%	67%
% polizze relative ad altre polizze collettive	12%	10%	12%	13%	12%	n.a.
Rapporti sinistri-premi (loss-ratio) del ramo malattia	67%	70%	84%	70%	71%	71%
Rapporti sinistri-premi (loss-ratio) per le polizze relative a fondi sanitari ed altri enti similari	83%	84%	110%	86%	87%	87%

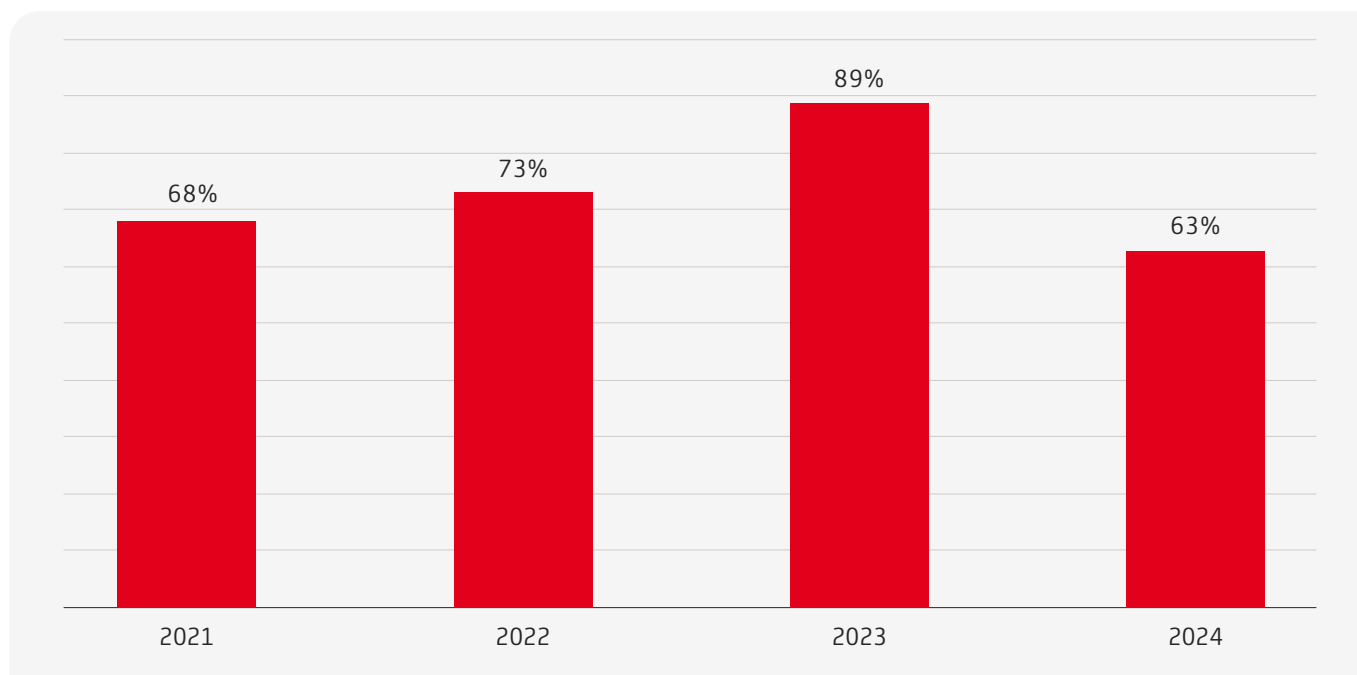
Fonte: Tab. 6.9, p. M. Cavazza, M. Del Vecchio, L. Fenech, L. Preti, V. Rappini, I consumi privati in sanità, in Cergas Bocconi, Rapporto OASI 2025, EGEA, Milano, 2025. <https://forms.sdabocconi.it/brochure/2026/oasi/>

Se il rapporto sinistri-premi sembra essersi stabilizzato intorno all'86-87% dopo il picco del 2021, guadagnando quindi circa il 4-5% rispetto alla fase pre-covid, un andamento differente sembra avere la frequenza dei sinistri (Figura 9). Si tratta del rapporto tra il numero di sinistri con seguito (cioè sinistri denunciati/avviati, non solo pagati del ramo malattia, riconducibili a fondi sanitari integrativi o similari) registrati nell'esercizio di riferimento per quel portafoglio e il numero di unità di rischio (es. assicurati/coperti dal contratto collettivo, o teste equivalenti) esposte al rischio nello stesso periodo. Dopo un picco del 90% nel 2023, il dato sembra essere ritornato vicino ai valori del 2021, anno considerato ancora caratterizzato dalla pandemia. Sarà importante verificare l'anno prossimo se tale stabilizzazione abbia riguardato anche il 2025.



FOCUS SULLA SITUAZIONE SANITARIA NAZIONALE » CONTINUA

Figura 9 - Frequenza sinistri per le polizze collettive riconducibili a fondi sanitari integrativi e altri similari



Fonte: Ania, Rilevazione dati sui contratti collettivi sottoscritti nel ramo Malattia 2023 e 2024. https://www.ania.it/documents/35135/1013476/Esercizio+2024_polizze+collettive+malattia.xls/529e3e0a-cafe-4f67-0cbd-a275bdd25a98?version=1.0&t=1765468892927; https://www.ania.it/documents/35135/852104/Esercizio+2023_polizze+collettive+malattia.xls/edbb2e13-0421-4337-0b15-8a99a5a569c8?version=1.0&t=1728037243303

Ulteriori informazioni a livello nazionale e regionale sono disponibili utilizzando i dati dell'Agenzia delle Entrate relativi alle detrazioni e deduzioni fiscali garantite rispettivamente agli assistiti di fondi sanitari integrativi e società di mutuo soccorso (non sono quindi incluse le polizze individuali e le coperture fornite dalle piattaforme di welfare aziendale). La Figura 10 mostra, in particolare, a livello regionale la relazione nel 2021 tra la copertura della popolazione (sull'asse delle ascisse la percentuale della popolazione contribuente che ha fatto richiesta di detrazione / deduzioni per i propri contributi alle coperture integrative) e la spesa pro capite (sull'asse delle ordinate la spesa media pro capite per regione stimata in base alle dichiarazioni dei fondi sulle prestazioni coperte dai propri assistiti per prevenire l'applicazione della detrazione del 19% sulla prestazione già rimborsata). Emerge che il 20% (mediana) della popolazione contribuente ha una copertura sanitaria integrativa collettiva, con quote superiori al 30%, nelle regioni settentrionali, ad esclusione della Liguria e della Val d'Aosta, mentre la spesa mediana pro capite rimborsata

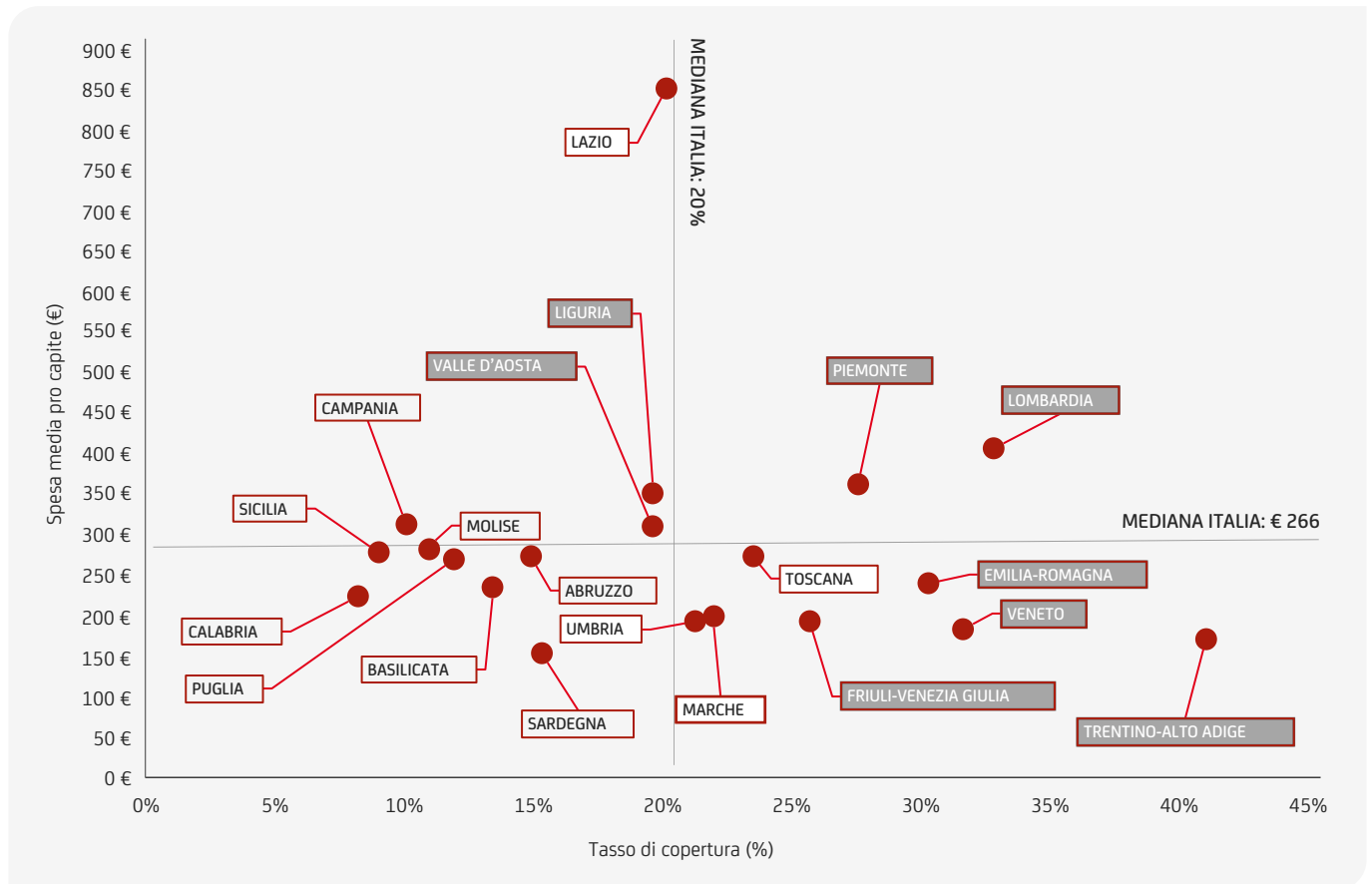
a livello nazionale è di 266 €. Una prima considerazione è che tale somma include fondi con contributi e capacità di copertura molto diverse, andando dai fondi sanitari integrativi istituiti nell'ambito dei contratti collettivi nazionali di lavoro ai fondi sanitari integrativi costituiti da aziende o legati all'inquadramento contrattuale (ad esempio, dirigenti e quadri). La seconda considerazione riguarda la distribuzione della spesa rimborsata tra le regioni: da una parte, si segnala l'outlier rappresentato dai contribuenti della Regione Lazio con un valore che si avvicina agli 850 €, seguita dalla Lombardia con 450 € e dall'altra, un gruppo di regioni, dalla Calabria al Veneto, che indipendentemente dal tasso di popolazione con sanità integrativa, hanno una spesa mediana pro capite simile. Una possibile spiegazione può essere individuata nella presenza di un'ampia offerta di erogatori tra Roma e Milano che si riflette sui dati laziali e lombardi, così come una minore "capacità" di utilizzo in Calabria e Sardegna e una focalizzazione di uso nella specialistica ambulatoriale, piuttosto che ricoveri, in Veneto ed Emilia-Romagna.

Il 20% (mediana) della popolazione contribuente ha una copertura sanitaria integrativa collettiva, con quote superiori al 30%, nelle regioni settentrionali, ad esclusione della Liguria e della Val d'Aosta



FOCUS SULLA SITUAZIONE SANITARIA NAZIONALE » CONTINUA

Figura 10 - Tasso di copertura da parte di fondi sanitari integrativi e spesa media pro capite intermediata da fondi sanitari integrativi, dichiarata da cittadini italiani all'Agenzia delle Entrate, 2021



Fonte: Fig. 6.7, pag. 32 in M. Del Vecchio, L. Fenech, L. Preti e V. Rappini, I consumi privati in sanità in Cergas Bocconi, Rapporto OASI 2023, EGEA, Milano 2023.

Da segnalare un recente aggiornamento al 2023 dei dati della popolazione con una copertura sanitaria integrativa, della medesima fonte informativa, indica un incremento del 2% in modo omogeneo tra tutte le regioni italiane.



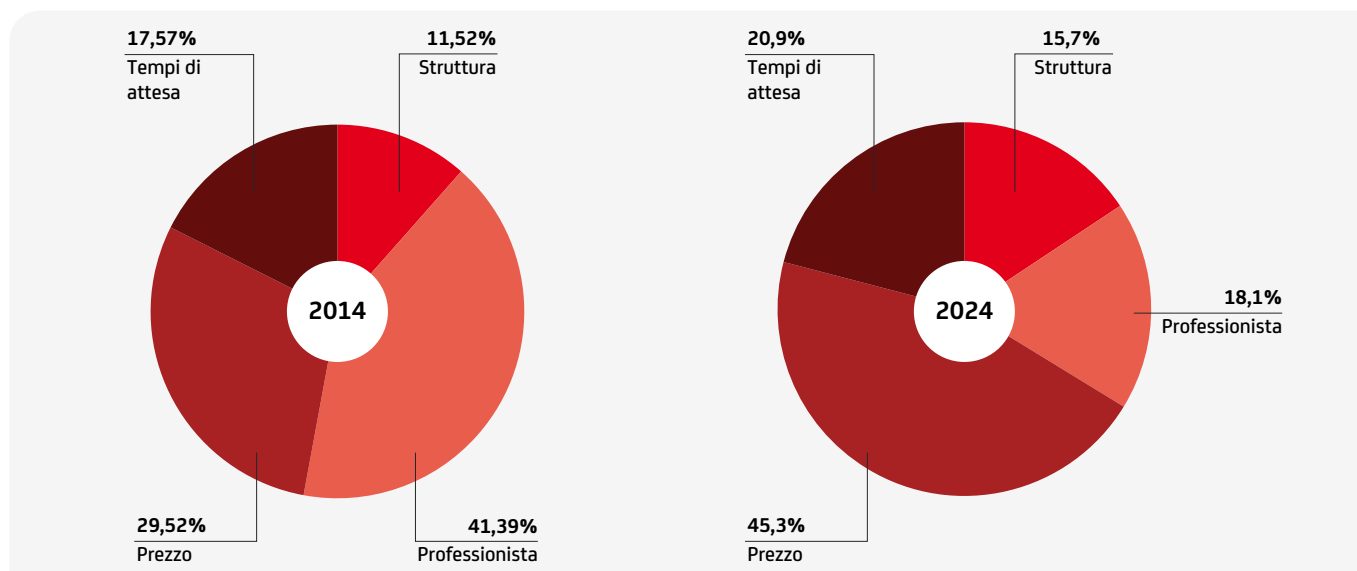
FOCUS SULLA SITUAZIONE SANITARIA NAZIONALE » CONTINUA

Il cambiamento nelle motivazioni di scelta: dalla fiducia all'accessibilità

Oltre ai numeri sulla spesa, è fondamentale comprendere come e perché sono cambiati i comportamenti degli italiani di fronte alle scelte sanitarie. L'Osservatorio OCPS ha condotto nel 2024 un'indagine approfondita sulle motivazioni che guidano la scelta dell'erogatore privato a cui accedere a proprie spese o eventualmente attraverso la sanità integrativa, replicando una ricerca analoga realizzata nel 2014. L'obiettivo è misurare l'evoluzione dei driver di scelta su tre tipologie di prestazioni: visite specialistiche, diagnostica per immagini pesante (TAC, risonanze magnetiche) e riabilitazione fisica. La metodologia utilizzata - la *conjoint analysis* - permette di quantificare quanto gli intervistati valutino le diverse caratteristiche di un servizio sanitario: la struttura o il professionista (noto, suggerito, sconosciuto), la distanza, i tempi di attesa e il prezzo.

I risultati di questa analisi rivelano trasformazioni profonde nelle determinanti delle scelte sanitarie, trasformazioni che trovano conferma anche nei dati delle indagini ISTAT sulle condizioni di salute e sull'accesso ai servizi sanitari.

Figura 11 - Il cambiamento nelle determinanti di spesa tra il 2014 e il 2024



Fonte: V. Rappini, I consumi privati in sanità, Presentazione Rapporto OASI 2025, Milano 3 dicembre 2025. https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/5_Rappini_OASI25.pdf?_gl=1*37tjbo*_up*MQ..*_qa*MTU10DA1NzcxMC4xNzcxNjIxNjA2*_ga_SH2F98CFTM*czE3NzE2OTE2MDUkbzEkZzAkDDE3NzE2OTE2MDUkajYwJGwwJGgw

Il declino della componente fiduciaria

Il cambiamento più evidente e significativo riguarda il drastico ridimensionamento del peso della fiducia nella struttura sanitaria o nel professionista come criterio di scelta. Nel 2014, per le visite specialistiche, la componente fiduciaria aveva un peso relativo del 57,4% nella decisione complessiva; nel 2024 questo peso si è ridotto al 36,3%. In termini pratici, questo significa che se dieci anni fa la scelta di dove e da chi farsi visitare dipendeva per più della metà dalla conoscenza diretta o dall'essere stati "suggeriti" da qualcuno, oggi questo fattore pesa poco più di un terzo.

La riduzione è ancora più marcata nell'ambito della diagnostica pesante, dove il peso della struttura (nota vs sconosciuta) passa dal 40,7% nel 2014 al 20,3% nel 2024, dimezzandosi nell'arco di un decennio. Analogamente, per la riabilitazione fisica, il peso della struttura si riduce dal 57,4% al 36,3%.

Questo fenomeno si osserva sia nei consumi pubblici che in quelli privati, anche se con intensità diverse. Nell'ambito dei

consumi privati, dove storicamente la componente fiduciaria era particolarmente rilevante, la percentuale di persone che indicano la fiducia nella struttura o nel professionista come motivazione principale della scelta si riduce dal 70% del 2013 al 40% del 2019 (dati ISTAT). Nel circuito pubblico, nello stesso periodo, la riduzione è stata dal 48% al 30% circa.

Questa evoluzione riflette un cambio culturale profondo. Se fino a un decennio fa la scelta di un servizio sanitario si basava quasi esclusivamente sulla fiducia personale riposta nel professionista o nella struttura - una sorta di "passaparola" che rendeva la sanità un settore a forte connotazione relazionale - questo aspetto si è progressivamente diluito fino a diventare uno dei fattori di scelta non necessariamente rilevante. Il cittadino-paziente di oggi è più informato, più autonomo nelle proprie decisioni e valuta una pluralità di criteri che vanno ben oltre la dimensione fiduciaria tradizionale.

FOCUS SULLA SITUAZIONE SANITARIA NAZIONALE » CONTINUA

L'ascesa dei tempi di attesa come fattore decisivo

Parallelamente al declino della fiducia, emerge con forza crescente il peso dei tempi di attesa come determinante cruciale della scelta. Per le visite specialistiche, il peso di questo fattore aumenta dal 18% del 2014 al 21% del 2024. Ben più elevata è l'evoluzione per la diagnostica pesante: il peso dei tempi di attesa passa dal 24,3% del 2014 al 48,1% del 2024, raddoppiando e diventando di gran lunga il fattore più importante nella decisione.

I dati ISTAT confermano questa tendenza anche da un'altra angolazione. Nel 2019, il 23% delle persone che avevano scelto una struttura privata indicavano come motivazione principale il fatto che "avrebbero dovuto aspettare troppo tempo per il SSN"; questa percentuale sale al 34% quando si considerano i soli consumi privati. Ancora più eloquente è l'evoluzione del fenomeno della "rinuncia alle cure": tra coloro che dichiarano di aver rinunciato a una prestazione pur avendone bisogno, la percentuale di chi indica i tempi di attesa come motivo principale passa dal 48% del 2019 al 60% del 2023, mentre nello stesso periodo il peso del fattore economico si riduce dal 39% al 26%.

Questo dato è particolarmente significativo perché ribalta una narrativa consolidata. Per anni il dibattito pubblico ha assunto che il principale ostacolo all'accesso alle cure fosse di natura economica, ossia il costo eccessivo delle prestazioni private. I dati mostrano invece che, pur rimanendo rilevante, al fattore economico si affiancano i problemi di accessibilità temporale. In altre parole, sempre più italiani rinunciano a curarsi non tanto perché non possono permettersi economicamente una prestazione, ma perché non riescono ad accedervi in tempi ragionevoli attraverso il servizio pubblico e nel frattempo la loro condizione sanitaria peggiora, la prestazione perde di utilità o sopraggiungono altri impedimenti.

Questo spostamento di priorità ha implicazioni profonde per le politiche sanitarie. Le tradizionali strategie di contenimento della spesa out-of-pocket attraverso ticket agevolati o esenzioni rischiano di rivelarsi inefficaci se non accompagnate da interventi strutturali sui tempi di attesa. D'altra parte, anche le politiche volte a ridurre le liste di attesa devono essere progettate con attenzione: estendere gli ambiti geografici in cui le prestazioni possono essere erogate per ridurre i tempi, ad esempio, può entrare in conflitto con altri fattori di scelta come la prossimità e la comodità.

L'emergere della dimensione economica come driver di scelta

Il terzo grande cambiamento emerso dall'analisi riguarda il peso crescente del fattore economico – inteso come il prezzo della prestazione - nelle scelte sanitarie. Questo elemento rappresenta forse la novità più sorprendente della ricerca 2024, perché introduce una dinamica tipicamente "di mercato" in un ambito tradizionalmente governato da logiche professionali e relazionali.

Per le visite specialistiche, il peso del prezzo nella decisione complessiva aumenta dal 26,6% del 2014 al 43,2% del 2024, arrivando a rappresentare il fattore più importante dopo

la struttura/professionista. Per la diagnostica pesante, pur rimanendo un fattore di scelta importante, il peso del prezzo passa dal 20,7% al 19,7% - sostanzialmente stabile -. Per la riabilitazione fisica, infine, il peso del prezzo cresce dal 30% circa al 43,2%.

Particolarmente interessante è l'analisi dei "coefficienti di utilità" associati ai diversi livelli di prezzo. L'indagine mostra che l'aumento del peso complessivo del fattore economico è dovuto soprattutto all'amplificazione del valore attribuito al livello di prezzo più basso. In altre parole, gli italiani oggi non sono semplicemente più sensibili al prezzo in senso astratto, ma attribuiscono un valore molto maggiore alla possibilità di accedere a prestazioni a costi contenuti. Questo suggerisce che la crescita della sensibilità economica sia legata a un effettivo irrigidimento dei vincoli di bilancio delle famiglie, piuttosto che a una generica "commoditization" della sanità.

Questo fenomeno può essere letto anche attraverso i dati sulla composizione del consumo per modalità di pagamento. Nel 2023, il 51% delle visite specialistiche effettuate dagli italiani è stato pagato ricorrendo a risorse private (45% out-of-pocket e 6% intermediato), con una significativa riduzione delle prestazioni pubbliche dietro pagamento del ticket (dal 32% del 2019 al 29% del 2023). Per gli accertamenti diagnostici, oltre il 35% delle prestazioni è finanziato attraverso risorse private (30% out-of-pocket e 6% intermediato), rispetto al 33% del biennio 2021-2022.

Il fatto che il 51% delle visite specialistiche sia ormai erogato in regime privato - superando simbolicamente la soglia del 50% - rappresenta un dato significativo che impone una riflessione sul modello stesso di risposta ai bisogni sanitari nel nostro paese. Questo non vuol dire necessariamente che il sistema pubblico stia "fallendo", ma certamente indica che una quota crescente di cittadini trova più conveniente - in termini di tempi, accessibilità e rapporto qualità-prezzo - rivolgersi al privato per determinate prestazioni.

60%**Persone che rinunciano alle cure a causa dei tempi di attesa**

+12% tra il 2019 e il 2023

48,1%**Peso dei tempi di attesa per la diagnostica pesante**

+23,8% tra il 2014 e il 2024

34%**Persone che scelgono strutture private a causa dei tempi di attesa per il SSN**

+11% tra il 2019 e il 2023

FOCUS SULLA SITUAZIONE SANITARIA NAZIONALE » CONTINUA**Conclusioni**

Le analisi presentate mostrano come il SSN si trovi oggi di fronte a una doppia sfida: da un lato garantire sostenibilità ed equità in un contesto di risorse limitate, forte invecchiamento della popolazione e carenza di professionisti; dall'altro governare una domanda le cui dinamiche e modalità stanno cambiando molto velocemente rispetto al passato. In questo quadro, né l'aumento indistinto della spesa pubblica né il semplice ricorso al privato accreditato appaiono soluzioni sufficienti. Diventa invece prioritario sviluppare strumenti espliciti di priorità e governo della domanda e utilizzare

l'ecosistema digitale per ripensare processi, ruoli e setting assistenziali, più che per replicare modelli organizzativi tradizionali su nuove piattaforme. Solo un approccio integrato, che tenga insieme definizione delle priorità, politiche di personale, riorganizzazione dei servizi potrà trasformare le criticità evidenziate in leve di cambiamento a favore della qualità, dell'accessibilità e della giustizia nell'assistenza sanitaria. In un simile scenario di elevata complessità, è cruciale comprendere nel breve quale possa essere il posizionamento e il ruolo della sanità integrativa e della sua sostenibilità.

Diventa prioritario sviluppare strumenti espliciti di priorità e governo della domanda e utilizzare l'ecosistema digitale per ripensare processi, ruoli e setting assistenziali, più che per replicare modelli organizzativi tradizionali su nuove piattaforme.

**Riferimenti bibliografici**

ANIA, Rilevazione dati sui contratti collettivi relativi al ramo Malattia distinguendo quelli sottoscritti da fondi sanitari o enti simili*Anno di esercizio – 2023. 4 ottobre 2024. https://www.ania.it/documents/35135/0/Esercizio+2023_polizze+collettive+malattia.pdf/7e115de3-8341-8b99-e6a3-263b34a52d91?version=1.0&t=1728037484948 (ultimo accesso 20 febbraio 2025).

Del Vecchio M., Fenech L., Rappini V., Preti L. I consumi privati in sanità, in Rapporto OASI 2024, EGEA Milano 2024.

Longo F., Ricci A. Diagnosi principale del SSN: quattro criticità e quattro prospettive "impopolari" per il cambiamento, n Rapporto OASI 2024, EGEA Milano 2024.

Preti L., I consumi privati in sanità in Presentazione Rapporto OASI 2024, Milano 3 dicembre 2024.

Ricci A., Evoluzione dell'offerta sanitaria, criticità principali e prospettive per un SSN sostenibile. Presentazione Rapporto OASI 2024, Milano 3 dicembre 2024.

Ricci A., Merlino L. G. (2025), Liste d'attesa, livelli di produttività e trend della specialistica ambulatoriale nel SSN del post-Covid. Stiamo guardando il dito o la luna?, Mecosan, in corso di pubblicazione

IL MODELLO UNI.C.A.



1 La Cassa sanitaria del Gruppo UniCredit: chi siamo

La nostra storia

Il modello organizzativo 2



La nostra organizzazione



3 Il modello di servizio

Il nostro modello di servizio

1 La Cassa sanitaria del Gruppo UniCredit: chi siamo

Uni.C.A. è un'associazione senza fini di lucro, costituita il 15 novembre 2006 ai sensi dell'art. 36 del Codice Civile, avente lo scopo di offrire e gestire, esclusivamente con finalità assistenziale e secondo principi di solidarietà e mutualità, servizi di assistenza sanitaria, anche integrativi rispetto a quelli garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale, a favore dei propri iscritti – persone fisiche – e dei loro familiari.

L'Associazione nasce dall'accordo siglato il 15 dicembre 2005 tra UniCredit (già UniCredito Italiano) e le Organizzazioni Sindacali del Gruppo.

A partire dal 1° gennaio 2007 Uni.C.A. ha avviato ufficialmente le proprie attività, affermandosi negli anni nel panorama dell'assistenza sanitaria integrativa in Italia, divenendo una realtà rilevante.

Nel corso dei suoi **diciannove anni** di operatività, l'Associazione ha compiuto un significativo percorso di evoluzione, affinando progressivamente il proprio modello di servizio e rafforzando le strutture di controllo e di governo delle attività.

Dal 2018 la sede legale di Uni.C.A. è situata a Milano, in Piazza Gae Aulenti 3, presso la Direzione Generale di UniCredit, dove ha sede anche la Direzione Generale del Gruppo.



19 anni
di operatività

15 Novembre 2006

Nasce come associazione
senza fini di lucro

1 Gennaio 2007

Uni.C.A. si avvia nel panorama italiano
dell'assistenza sanitaria integrativa

2 Il modello organizzativo

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.

Nel corso del 2025, oltre alle normali attività ordinarie ed il costante supporto fornito agli Organismi istituzionali, all'Organismo di Vigilanza ex D. Lgs. 231/01 e all'auditor esterno, i lavori dello staff hanno riguardato, per buona parte dell'anno, il processo di rinnovo dei Piani

sanitari validi per il biennio 2026-2027, ivi comprese le attività, concentrate nell'ultimo trimestre del 2025, relative all'avvio delle adesioni massive ai Piani rinnovati, con la finalità di garantire agli iscritti continuità della copertura sanitaria.



UniCredit fornisce il personale dedicato al funzionamento della Cassa, ivi compresa la figura del Direttore



IL MODELLO UNI.C.A. » CONTINUA

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

L'Organismo di Vigilanza ha condotto la propria attività di verifica coerentemente con quanto definito nel piano annuale per il 2025, provvedendo a:

Individuare e valutare i controlli implementati dalla Cassa con riferimento all'area di attività sensibile "Gestione dell'anagrafica iscritti e degli aspetti finanziari e contabili dei premi a carico degli iscritti"



Mantenere il monitoraggio sulle iniziative di formazione volte a favorire una sempre più adeguata conoscenza circa il modello Organizzativo, da parte di tutti i destinatari



Intervenire su eventuali segnalazioni o criticità di carattere estemporaneo



Nel corso dell'esercizio 2025 l'OdV non ha riscontrato violazioni del Modello Organizzativo.



3 Il modello di servizio

Partnership assicurativa e di servizio

Uni.C.A. si impegna a garantire ai propri assistiti un'offerta sanitaria di qualità, avvalendosi di polizze stipulate con primarie Compagnie assicurative e del supporto di società specializzate nella gestione dei servizi per l'accesso alle prestazioni in rete convenzionata e per la liquidazione dei rimborsi.

Oltre alle coperture sanitarie, la Cassa ha promosso iniziative a beneficio degli associati, senza alcun costo aggiuntivo per gli stessi. Tra queste rientrano i programmi di prevenzione e gli interventi straordinari legati a situazioni sanitarie gravi non contemplate nei contratti assicurativi, valutati e approvati dal Consiglio di Amministrazione.

Dal 2014 Uni.C.A. ha adottato un modello "monoprovider" per le prestazioni non odontoiatriche, stipulando contratti assicurativi e di servizio con partners appartenenti allo stesso Gruppo societario.

Grazie alle sinergie generate da questo modello, l'Associazione è riuscita a garantire, nel tempo, elevati livelli di copertura, nonostante le difficoltà del contesto di riferimento, caratterizzato da crisi economica, riduzione dei servizi pubblici, maggiore ricorso al settore sanitario privato, invecchiamento della popolazione assistita e crescita dell'inflazione sanitaria.



Per quanto riguarda l'assistenza odontoiatrica, dal 2016 Uni.C.A. gestisce in autoassicurazione l'intero rischio, affidando la gestione operativa ad Aon (Aon Advisory and Solutions srl), fornitore specializzato nel ramo, di comprovata esperienza e affidabilità.

Modello
MONOPROVIDER

dal 2014

IL MODELLO UNI.C.A. » CONTINUA

La Convenzione tra Uni.C.A. e UniCredit

La Convenzione operativa sottoscritta nel 2013 tra Uni.C.A. e UniCredit definisce con chiarezza ruoli, responsabilità e ambiti di collaborazione, assicurando una gestione efficace delle attività necessarie al funzionamento della Cassa e al raggiungimento delle sue finalità sociali.

In base all'accordo, Uni.C.A. può contare sul supporto di alcune strutture del Gruppo UniCredit per i servizi informatici (IT) e per le attività amministrative, garantendo continuità operativa e standard elevati di efficienza.

L'Associazione si avvale di un team aziendale dedicato, a cui è attribuito lo svolgimento di attività amministrative e di supporto agli associati.

Grazie alla collaborazione consolidata con il team, l'Associazione ha potuto ottimizzare numerosi processi interni, migliorare la qualità dei servizi e rispondere in modo sempre più puntuale alle esigenze dei propri iscritti.

Nel corso degli anni, la Convenzione è stata aggiornata per rispondere ai cambiamenti normativi e organizzativi; in particolare è stata integrata per la nomina del DPO – in adeguamento al Regolamento GDPR – e per la formalizzazione di modifiche di gestione di alcuni processi operativi.

Supporto per servizi informatici e attività amministrative

per garantire continuità operativa e standard elevati di efficienza

Collaborazione con il team amministrativo dedicato

per ottimizzare processi e migliorare la qualità dei servizi

Integrazione periodica

per l'adeguamento ai cambiamenti normativi e di organizzazione aziendale.



IL MODELLO UNI.C.A. » CONTINUA

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

In conformità all'art. 7 dello Statuto, l'Associazione offre ai suoi iscritti e ai loro familiari una vasta gamma di prestazioni sanitarie, erogate in regime mutualistico. Le coperture prevedono sia prestazioni in forma diretta, sia in forma indiretta, ossia tramite il rimborso delle spese sostenute dagli assistiti.

Le prestazioni vengono fornite tramite accordi con Compagnie assicurative, Enti o Società di servizi specializzate oppure direttamente dalla Cassa, come nel caso delle prestazioni odontoiatriche gestite in autoassicurazione.

Accanto ai servizi assicurativi e odontoiatrici, l'Associazione ha garantito iniziative aggiuntive rivolte al benessere dei propri iscritti, come programmi di prevenzione e interventi straordinari a sostegno di situazioni particolarmente gravi. Questi ultimi, deliberati dal Consiglio di Amministrazione, rappresentano un'espressione concreta della natura mutualistica e solidaristica di Uni.C.A., che, compatibilmente con le risorse disponibili, può aiutare i propri associati nei momenti di maggiore necessità legati a condizioni sanitarie difficili.

Possono beneficiare delle prestazioni di Uni.C.A. i dipendenti del Gruppo UniCredit, i pensionati, il personale cessato dal servizio nell'ambito di iniziative di incentivo all'esodo finalizzate al pensionamento (cosiddetti "esodati"), nonché i superstiti di dipendenti e pensionati. Inoltre, mantengono il diritto all'iscrizione anche gli ex dipendenti transitati in altre aziende fuori dal Gruppo UniCredit a seguito di cessione di ramo d'azienda, secondo quanto previsto dagli specifici accordi sindacali.

Gli associati possono estendere la copertura ai propri familiari, attraverso il pagamento di un contributo dedicato a seconda del grado di parentela e dello status fiscale.

L'Associazione ha garantito iniziative aggiuntive rivolte al benessere dei propri iscritti, quali programmi di prevenzione



RELAZIONE SULLA GESTIONE



4 Gli iscritti al 31.12.2025 e i trend

I nostri iscritti

Le coperture offerte agli iscritti

5



Le coperture



6 I rapporti tecnici (Loss Ratio)

I rapporti tecnici

RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

4 Gli iscritti al 31.12.2025 e i trend

Al 31.12.2025 gli iscritti ad Uni.C.A. sono risultati **103.457**. Di questi, n. **49.852** sono titolari (48,2%) e n. **53.605 familiari** (51,8%).

La componente rappresentata dagli iscritti in servizio ed 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. **39.491 titolari** (il 79,2% dei titolari complessivi), con una riduzione del 3% circa rispetto all'anno precedente.

La componente rappresentata dagli iscritti in quiescenza è risultata pari a n. **10.361 titolari** (il 20,8% dei titolari complessivi).

Relativamente ai familiari inclusi in assistenza, n. **40.215** sono stati dichiarati fiscalmente a carico, pari al 75% del totale dei familiari, e n. **13.390** non fiscalmente a carico, pari al restante 25% del totale dei familiari.

Dei familiari fiscalmente a carico, n. 37.478 sono stati inclusi dal personale in servizio ed esodato e n. 2.737 dal personale in quiescenza, mentre i familiari a pagamento sono stati, rispettivamente per le due categorie, n. 8.765 e 4.625. I numeri

evidenziati sono coerenti con la composizione dei nuclei familiari delle due categorie, meno ampi e di età più elevata per il personale in quiescenza.

A livello complessivo, rispetto al 2024 si rileva una diminuzione dei titolari del **1,2%**: in particolare, per il personale dipendente del Gruppo, è stata registrata una riduzione del 3,4% - legata al turnover fisiologico del personale e agli accordi aziendali in tema di organici - ed un aumento del 7,3% per i titolari in quiescenza.

Complessivamente, considerando anche i familiari inclusi in copertura, nel 2025 si è registrata una riduzione degli iscritti del **1,3%**.

L'età media dei titolari rilevata a fine 2025 è di 53,92 anni, in aumento rispetto al 2024. Il trend è verosimilmente riconducibile all'aumento delle adesioni da parte dei pensionati, ossia di iscritti con età più avanzata.

Nelle tabelle che seguono (dalla n. 1 alla n. 11) sono evidenziati i dati relativi alle adesioni al 31 dicembre 2025 e l'evoluzione degli iscritti negli anni.

Tabelle 1 - Dati di adesione al 31.12.2025

Tabella 1.a - Aderenti per categoria di iscritti

Iscritti ¹	Percentuale rispetto al totale iscritti		Percentuale rispetto al totale iscritti		Differenza % 2025 vs 2024	Iscritti di genere maschile	Iscritti di genere femminile
	2025	2025	2024	2024			
TOTALE PERSONALE DIPENDENTE/ESODATO	39.491	38,2%	40.798	38,9%	-3,2%	17.149	16.563
PERSONALE DIPENDENTE DEL GRUPPO²	32.900	-	34.075	-	-3,4%	16.701	16.199
Non dirigenti	32.300	-	33.423	-	-3,4%	16.227	16.073
Dirigenti	600	-	652	-	-8,0%	474	126
PERSONALE AZIENDE ESTERNE³	812	-	856	-	-5,1%	448	364
Non dirigenti	789	-	834	-	-5,4%	430	359
Dirigenti	23	-	22	-	4,5%	18	5
PERSONALE ESODATO²	5.779	-	5.867	-	-1,5%	3.601	2.178
Non dirigenti	5.606	-	5.699	-	-1,6%	3.448	2.158
Dirigenti	173	-	168	-	3,0%	153	20
PERSONALE IN QUIESCENZA	10.361	10,0%	9.655	9,3%	7,3%	6.312	4.049
TOTALE TITOLARI	49.852	48,2%	50.453	48,1%	-1,2%	27.062	22.790
TOTALE FAMILIARI	53.605	51,8%	54.372	51,9%	-1,4%	24.011	29.594
TOTALE GENERALE	103.457	-	104.825	-	-1,3%	51.073	52.384

¹ Il numero degli iscritti non comprende 86 dirigenti aderenti esclusivamente alle coperture dentarie

² Appartenente al gruppo Unicredit

³ Il numero degli iscritti delle società esterne comprende anche 35 esodati.

RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

Tabella 1.b - Familiari inclusi nelle coperture di base

Descrizione polizza	Familiari a carico	Differenza % rispetto al 2024	Familiari a pagamento	Differenza % rispetto al 2024	Totale	Differenza % rispetto al 2024
PLUS dipendenti	36.376	-2,0%	8.386	-5,4%	44.762	-2,7%
EXTRA dipendenti	1.102	-5,0%	379	-8,5%	1.481	-5,9%
TOTALE DIPENDENTI¹	37.478	-2,1%	8.765	-5,6%	46.243	-2,8%
BASE pensionati	807	21,9%	1.494	10,9%	2.301	14,5%
BASE + pensionati	1.530	8,7%	2.599	5,4%	4.129	6,6%
STANDARD pensionati	324	4,2%	435	1,2%	759	2,4%
OVER 85 pensionati	76	-5,0%	97	-9,3%	173	-7,5%
TOTALE PENSIONATI	2.737	11,3%	4.625	6,3%	7.362	8,1%
TOTALE GENERALE	40.215	-1,3%	13.390	-1,8%	53.605	-1,4%

¹ di cui 5.510 familiari di titolari esodati appartenenti al Gruppo UniCredit e 1.066 familiari di titolari appartenenti a società esterne al Gruppo.

Tabella 1.c - Adesioni per copertura di base, con suddivisione per tipo di familiare incluso

Descrizione polizza	N. titolari	% rispetto al totale	Familiari a carico Coniugi	Familiari a carico Figli	Familiari a carico Totale	% rispetto al totale	Familiari a pagamento Coniugi	Familiari a pagamento Figli	Familiari a pagamento Altri	Familiari a pagamento Totale	% rispetto al totale
PLUS dipendenti	38.695	98,0%	2.479	33.897	36.376	97,1%	6.012	1.545	829	8.386	95,7%
EXTRA dipendenti	796	2,0%	137	965	1.102	2,9%	282	64	33	379	4,3%
TOTALE DIPENDENTI¹	39.491	79,2%	2.616	34.862	37.478	93,2%	6.294	1.609	862	8.765	65,5%
BASE pensionati	3.215	31,0%	399	408	807	29,5%	1.219	260	15	1.494	32,3%
BASE + pensionati	5.767	55,7%	828	702	1.530	55,9%	2.228	339	32	2.599	56,2%
STANDARD pensionati	1.056	10,2%	215	109	324	11,8%	347	83	5	435	9,4%
OVER 85 pensionati	323	3,1%	76	-	76	2,8%	97	-	-	97	2,1%
TOTALE PENSIONATI	10.361	20,8%	1.518	1.219	2.737	6,8%	3.891	682	52	4.625	34,5%
TOTALE GENERALE	49.852	-	4.134	36.081	40.215	-	10.185	2.291	914	13.390	-
% sul totale per categoria	-	-	10,3%	89,7%	-	-	76,1%	17,1%	6,8%	-	-

¹ di cui 5.779 titolari esodati appartenenti al Gruppo UniCredit e 812 titolari appartenenti a società esterne al Gruppo, tra cui 35 esodati

RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

Tabella 2 - Adesioni dei titolari per fasce di età

Descrizione polizza	Fino a 30	Da 31 a 40	Da 41 a 50	Da 51 a 60	Over 60	Totale
PLUS dipendenti	3.331	4.004	10.580	15.754	5.026	38.695
EXTRA dipendenti	-	34	212	383	167	796
TOTALE DIPENDENTI	3.331	4.038	10.792	16.137	5.193	39.491
BASE pensionati	3	-	2	26	3.184	3.215
BASE + pensionati	-	-	1	31	5.735	5.767
STANDARD pensionati	-	-	-	5	1.051	1.056
OVER 85 pensionati	-	-	-	-	323	323
TOTALE PENSIONATI¹	3	-	3	62	10.293	10.361
TOTALE GENERALE	3.334	4.038	10.795	16.199	15.486	49.852
% sul totale	6,7%	8,1%	21,7%	32,5%	31,1%	-

¹ I titolari con età inferiore a 60 anni sono superstiti aventi diritto alla prosecuzione d'iscrizione

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 3 - Adesioni dei familiari fiscalmente a carico per fasce di età

Descrizione polizza	Coniugi				Figli				Totale
	Fino a 40	Da 41 a 50	Over 50	Totale	Fino a 20	Da 21 a 30	Over 30	Totale	
PLUS dipendenti	184	584	1.711	2.479	25.233	8.224	440	33.897	36.376
EXTRA dipendenti	18	40	79	137	738	220	7	965	1.102
TOTALE DIPENDENTI	202	624	1.790	2.616	25.971	8.444	447	34.862	37.478
BASE pensionati	-	7	392	399	76	234	98	408	807
BASE + pensionati	-	4	824	828	97	394	211	702	1.530
STANDARD pensionati	1	2	212	215	15	53	41	109	324
OVER 85 pensionati	-	-	76	76	-	-	-	-	76
TOTALE PENSIONATI	1	13	1.504	1.518	188	681	350	1.219	2.737
TOTALE GENERALE	203	637	3.294	4.134	26.159	9.125	797	36.081	40.215
% sul totale	4,9%	15,4%	79,7%	-	72,5%	25,3%	2,2%	-	-

RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

Tabella 4 - Adesioni dei familiari a pagamento per fasce di età

Descrizione polizza	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	
PLUS dipendenti	419	1.523	4.070	6.012	64	1.217	264	1.545	109	191	529	829	8.386
EXTRA dipendenti	9	66	207	282	-	55	9	64	5	5	23	33	379
TOTALE DIPENDENTI	428	1.589	4.277	6.294	64	1.272	273	1.609	114	196	552	862	8.765
BASE pensionati	-	2	1.217	1.219	-	76	184	260	-	-	15	15	1.494
BASE + pensionati	-	1	2.227	2.228	1	109	229	339	-	-	32	32	2.599
STANDARD pensionati	-	1	346	347	3	16	64	83	-	-	5	5	435
OVER 85 pensionati	-	-	97	97	-	-	-	-	-	-	-	-	97
TOTALE PENSIONATI	-	4	3.887	3.891	4	201	477	682	-	-	52	52	4.625
TOTALE GENERALE	428	1.593	8.164	10.185	68	1.473	750	2.291	114	196	604	914	13.390
% sul totale	4,2%	15,6%	80,2%	-	3,0%	64,3%	32,7%	-	12,5%	21,4%	66,1%	-	-

Tabella 5.a - Adesioni delle coperture di base per area geografica

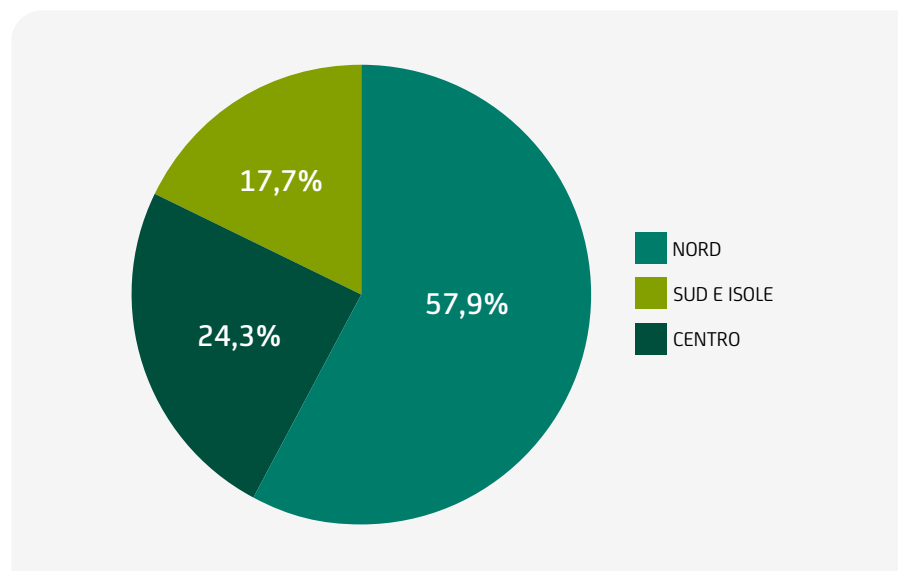
Descrizione polizza	Nord	Centro	Sud e isole	Eestero ¹	Totale
PLUS dipendenti	48.848	18.496	16.076	37	83.457
EXTRA dipendenti	1.902	275	95	5	2.277
TOTALE DIPENDENTI	50.750	18.771	16.171	42	85.734
BASE pensionati	2.738	1.770	1.008	-	5.516
BASE + pensionati	5.287	3.571	1.038	-	9.896
STANDARD pensionati	883	805	127	-	1.815
OVER 85 pensionati	206	272	18	-	496
TOTALE PENSIONATI	9.114	6.418	2.191	-	17.723
TOTALE GENERALE	59.864	25.189	18.362	42	103.457
% sul totale	57,9%	24,3%	17,7%	0,0%	-

¹ Dipendenti espatriati con famiglia in Italia

RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

Tabella 5.b - **Assistiti per regione**

Regione	Dipendenti - Esodati		Pensionati		Totale complessivo	
	N.	%	N.	%	N.	%
Abruzzo	646	0,6%	67	0,1%	713	0,7%
Basilicata	219	0,2%	23	-	242	0,2%
Calabria	629	0,6%	90	0,1%	719	0,7%
Campania	4.060	3,9%	421	0,4%	4.481	4,3%
Emilia Romagna	8.188	7,9%	2.271	2,2%	10.459	10,1%
Friuli Venezia Giulia	1.821	1,8%	188	0,2%	2.009	1,9%
Lazio	13.300	12,9%	5.558	5,4%	18.858	18,2%
Liguria	1.147	1,1%	486	0,5%	1.633	1,6%
Lombardia	21.225	20,5%	3.575	3,5%	24.800	24,0%
Marche	1.242	1,2%	103	0,1%	1.345	1,3%
Molise	381	0,4%	50	-	431	0,4%
Piemonte	7.858	7,6%	1.963	1,9%	9.821	9,5%
Puglia	2.507	2,4%	408	0,4%	2.915	2,8%
Sardegna	719	0,7%	108	0,1%	827	0,8%
Sicilia	7.656	7,4%	1.091	1,1%	8.747	8,5%
Toscana	2.289	2,2%	534	0,5%	2.823	2,7%
Trentino Alto Adige	813	0,8%	36	-	849	0,8%
Umbria	1.294	1,3%	156	0,2%	1.450	1,4%
Valle d'Aosta	218	0,2%	23	-	241	0,2%
Veneto	9.480	9,2%	572	0,6%	10.052	9,7%
Esterio	42	-	-	-	42	-
Totale complessivo	85.734	82,9%	17.723	17,1%	103.457	100,0%

Tabella 5.c - **Distribuzione % assistiti per area geografica (escluso estero)**

RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

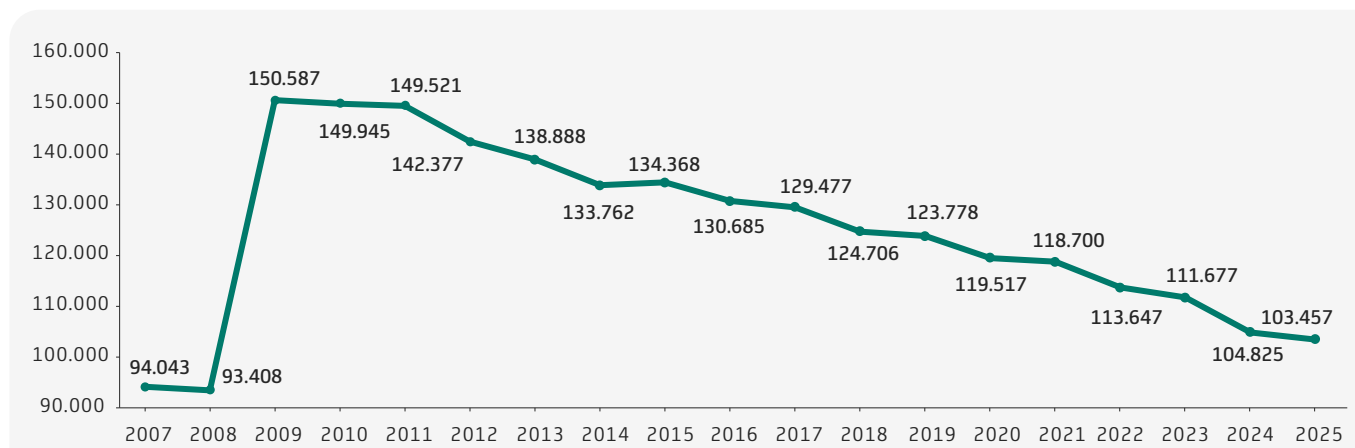
Tabella 6 - Adesioni coperture dentarie

Descrizione copertura dentaria ¹	N. Titolari	N. Familiari inclusi
Collettiva denti ²	32.489	-
Collettiva denti estesa	4.603	10.600
Completa per dirigenti	724	1.281
Completa estesa per dirigenti	55	145
Totale	37.871	12.026
Polizza denti Treviso	86	-

¹ Per gli esodati, la copertura dentaria è facoltativa.

² Il dato si riferisce a dipendenti (anche di società esterne) non dirigenti, esodati e dipendenti top manager.

Tabella 7 - Evoluzione del numero di iscritti dal 2007 al 2025

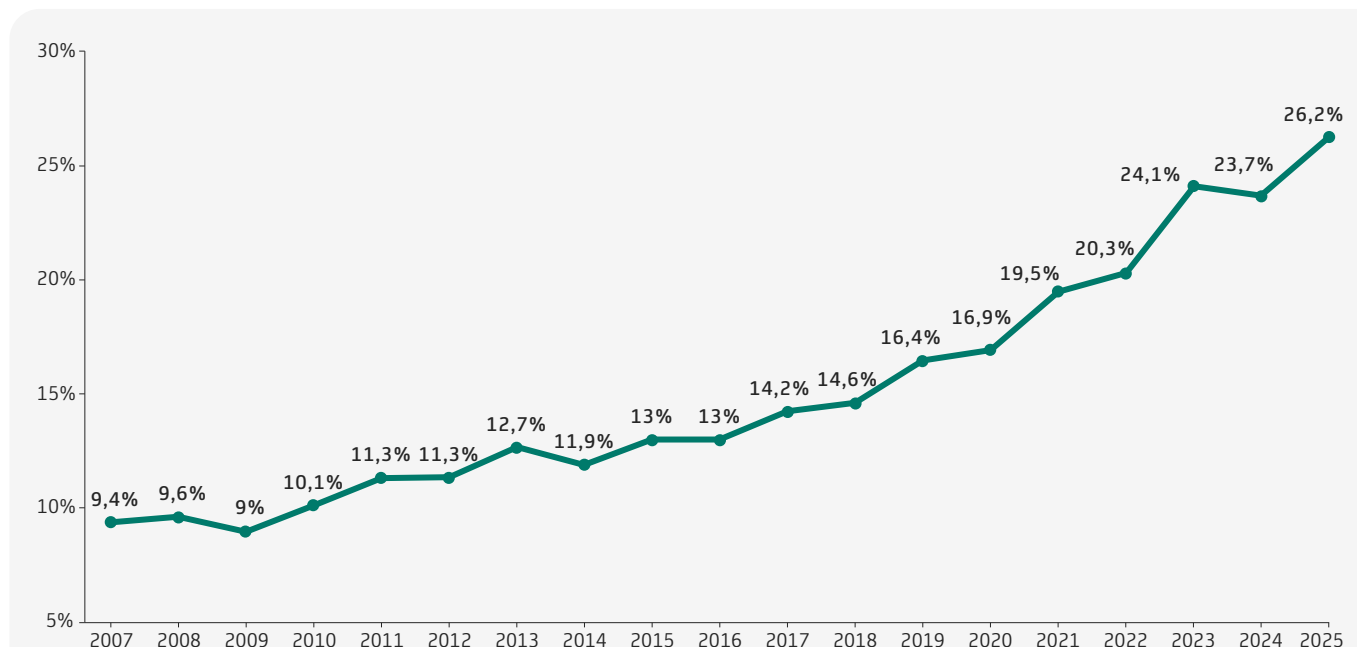
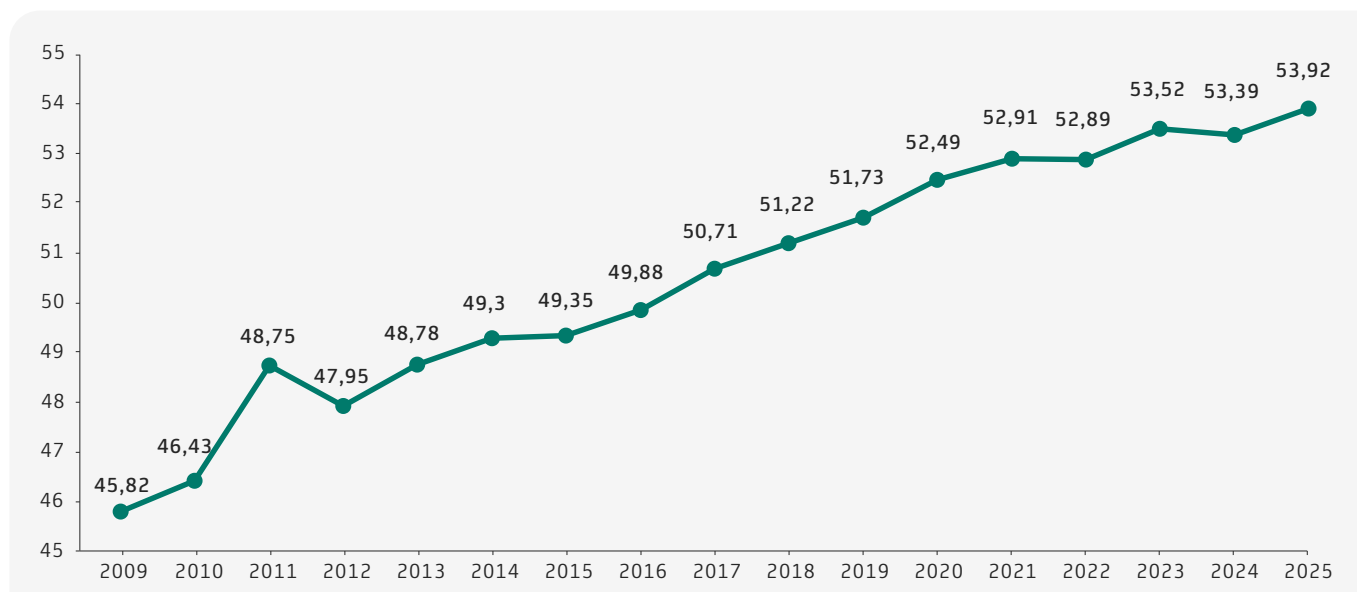


Nota: il picco di aderenti rilevato nel 2009 è legato all'operazione di fusione tra gli ex Gruppi bancari Unicredit e Capitalia ed alla conseguente adesione dei dipendenti e pensionati di quest'ultima ad Uni.C.A.



RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

Nelle successive tabelle 8 e 9 i trend relativi al rapporto percentuale tra il numero dei titolari pensionati e il numero dei titolari dipendenti nonché l'età media dei titolari iscritti appaiono in aumento: ciò è da ricondurre all'incremento delle adesioni da parte del personale in quiescenza registrato nel 2025.

Tabella 8 - **Rapporto pensionati/dipendenti dal 2007 al 2025**Tabella 9 - **Trend età media dei titolari**

RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

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

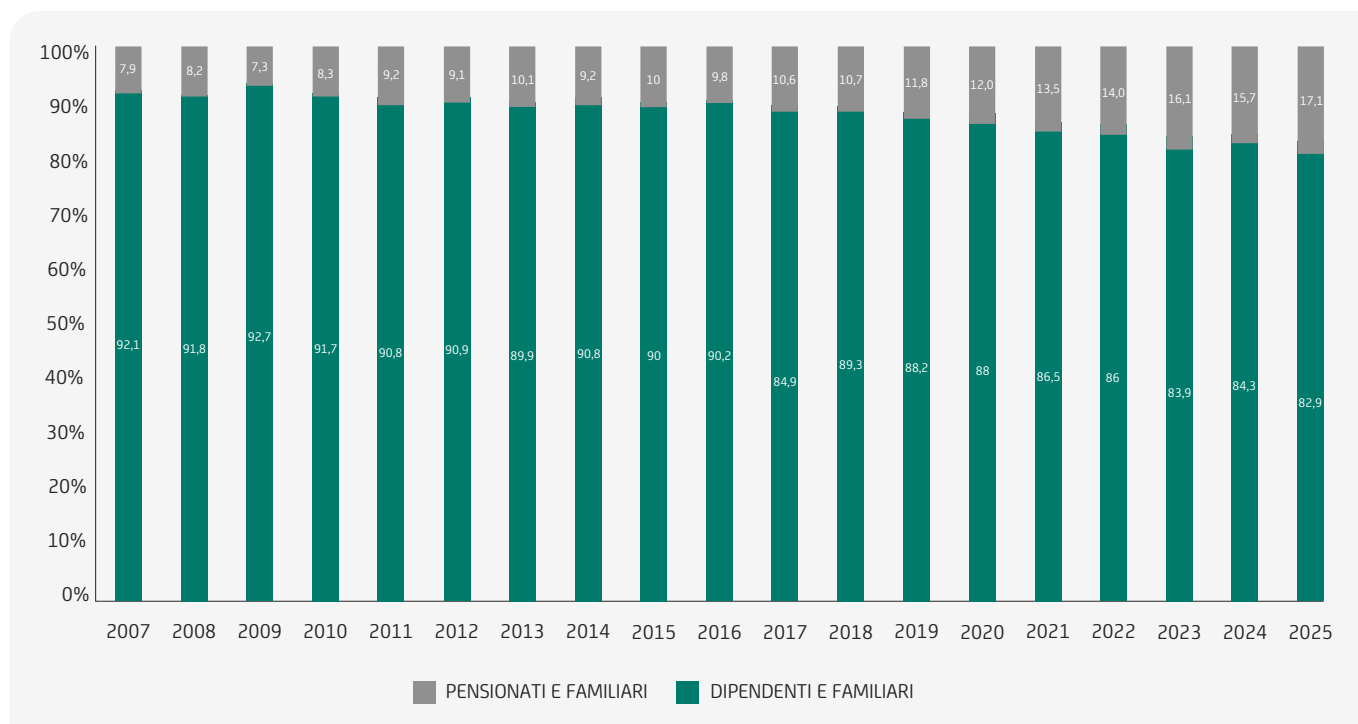
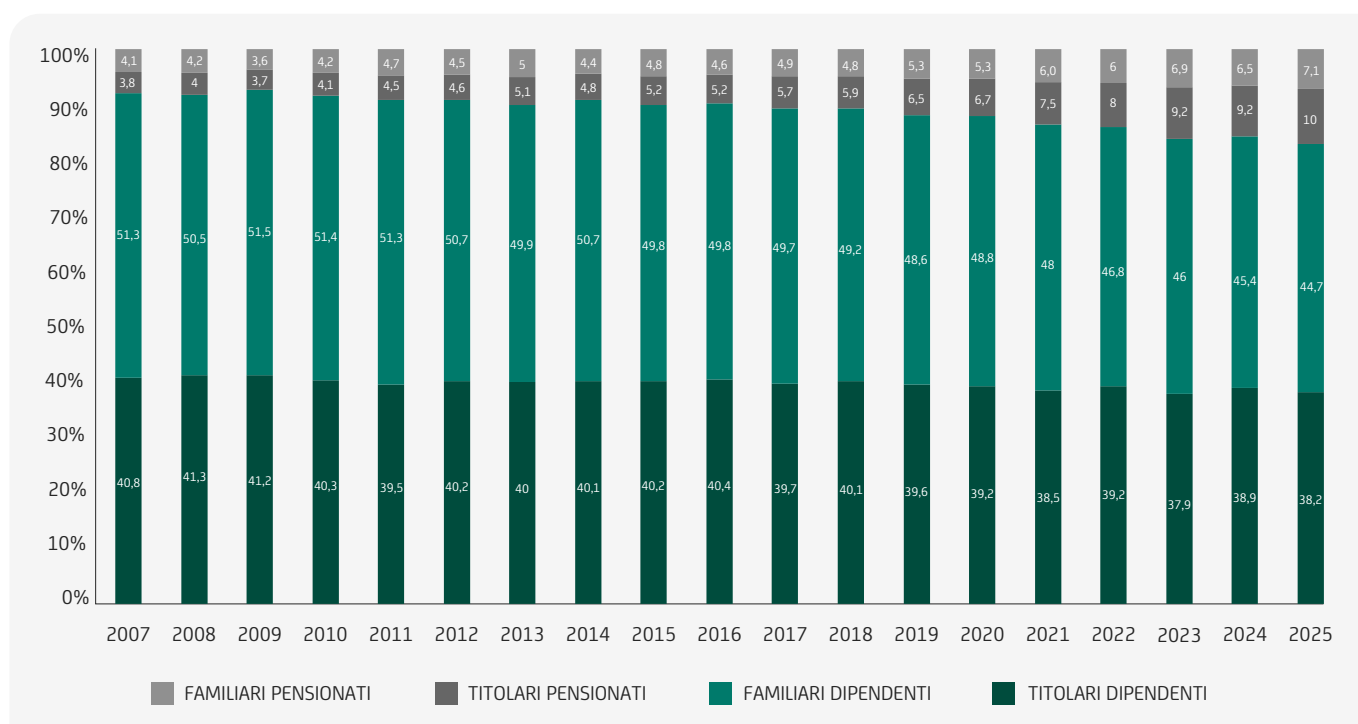


Tabella 11 - Evoluzione percentuale per tipologia di iscritti dal 2007 ad oggi



Il grafico mostra una crescita nel tempo di iscritti in pensione, coerente con le dinamiche legate agli organici aziendali.

5 Le coperture offerte agli Iscritti

I Piani Sanitari 2026-2027

Nel corso dell'esercizio, il rinnovo delle coperture sanitarie ha richiesto un impegno significativo, tenuto conto della complessa situazione del mercato di riferimento.

Il sistema sanitario nazionale continua a essere caratterizzato da criticità strutturali – quali il prolungarsi delle liste d'attesa, la carenza di personale medico e infermieristico, la difficoltà nel reperire medici di base e il crescente ricorso a prestazioni private – che alimentano una domanda sempre più elevata di forme di assistenza integrativa, con conseguente aumento dei costi e maggiore attenzione da parte delle compagnie assicurative nei rinnovi delle polizze sanitarie.

In tale scenario, la Cassa ha avuto, quale obiettivo prioritario, quello di garantire stabilità e qualità dell'offerta sanitaria. La negoziazione ha avuto un esito molto positivo in quanto ha consentito di mantenere inalterato il livello complessivo delle coperture per tutti gli iscritti, introducendo alcuni miglioramenti e preservando, nel contempo, la sostenibilità economica dei Piani Sanitari attraverso interventi mirati di razionalizzazione. Inoltre, a conferma dell'impegno verso la tutela della salute, è stata rinnovata la campagna di check up anche per il biennio 2026-2027.

L'impianto delle garanzie, già solido nella sua configurazione di base, è stato ulteriormente perfezionato con

il potenziamento delle coperture DSA e con l'aumento dei massimali per il pacchetto maternità e per le cure oncologiche.

Per quanto concerne le prestazioni odontoiatriche, al fine di assicurarne la sostenibilità nel medio-lungo periodo, si è reso necessario un lieve adeguamento dei contributi – rimasti invariati per oltre dieci anni – senza modificare l'impianto normativo delle garanzie.



È stata rinnovata la campagna di check up anche per il biennio 2026-2027



La prevenzione: risultati della campagna 2024-2025



Si è conclusa il 30 giugno 2025 la campagna di prevenzione, avviata nel precedente mese di ottobre.

L'iniziativa, organizzata con la collaborazione del partner assicurativo Generali, è stata caratterizzata da numerose novità rispetto alle edizioni pregresse, pensate per rispondere più da vicino ai bisogni di salute delle persone, con check up funzionali a verificare i principali fattori di rischio e per la rilevazione precoce di patologie. L'iniziativa ha compreso prestazioni suddivise in tre fasi (denominati moduli), da optare a scelta degli interessati in base alle proprie esigenze sanitarie, senza alcun obbligo di fruizione integrale:

1° MODULO

Esami ematochimici

2° MODULO

Prevenzione cardiologica per uomini e prevenzione senologica per donne

3° MODULO

Possibilità di scelta di un pacchetto di prestazioni tra 9 pacchetti disponibili

I risultati ottenuti in termini di adesione denotano l'elevato apprezzamento degli assistiti, che, negli anni, hanno manifestato sempre maggiore attenzione per i programmi di prevenzione proposti dalla Cassa.

I fruitori della campagna di prevenzione sono stati **28.470 di cui 25.055 dipendenti** (cui sono equiparati gli **esodati**) e **3.415 pensionati/superstiti**, con maggiore incidenza del personale dipendente di genere femminile over 40 anni (70,2%).

71.285

Check-up effettuati

25.055

dipendenti/esodati

3.415

pensionati/superstiti

Maggiori dettagli sono evidenziati nelle tabelle seguenti.

RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

Tabella 12 - Fruitori al 30.06.2025 per genere e fascia di età

Fruitori	Attivi	%	Pensionati	%	Totale	%
OVER 40	21.739	63,1%	3.415	34,1%	25.154	56,6%
F	11.387	70,4%	1.538	39,6%	12.925	64,4%
M	10.352	56,6%	1.877	30,7%	12.229	50,1%
UNDER 40	3.316	55,9%	-	-	3.316	55,9%
F	1.779	62,9%	-	-	1.779	62,9%
M	1.537	49,5%	-	-	1.537	49,5%
Totale	25.055	62,0%	3.415	33,9%	28.470	56,5%

L'incidenza maggiore di fruitori si registra per i Dipendenti Attivi di genere femminile over 40 anni (70,4%).

Tabella 13 - N. moduli fruiti per fasce di età

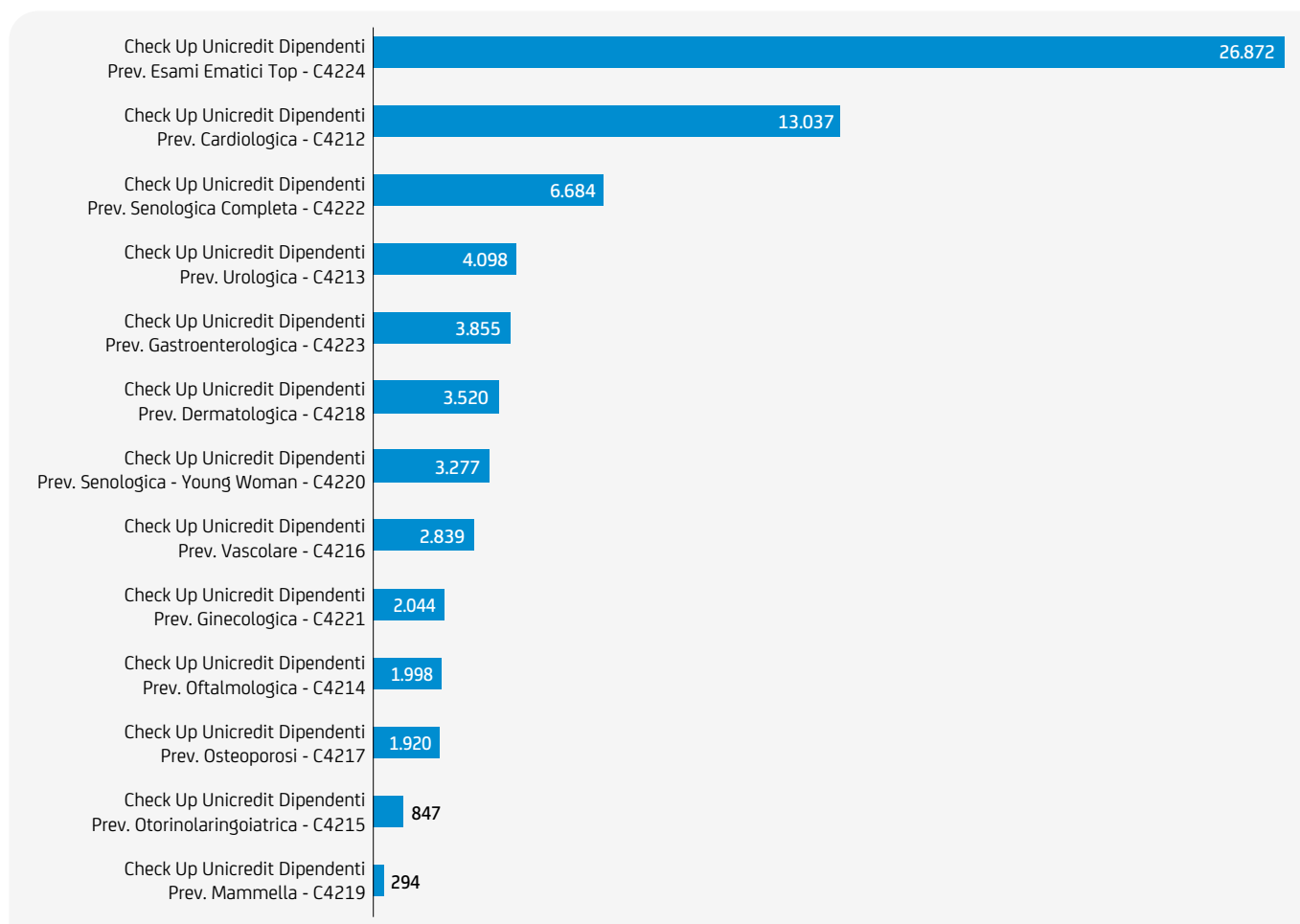
Under 40	
Tipologia	N. moduli fruiti
Moduli totali	5.639
Persone con 1 modulo	993
Persone con 2 moduli	2.323

Over 40	
Tipologia	N. moduli fruiti
Moduli totali	65.646
Persone con 1 modulo	2.170
Persone con 2 moduli	5.476
Persone con 3 moduli	17.508



RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

Tabella 14 - Distribuzione dei check up fruiti per tipologia



Donne
36.264

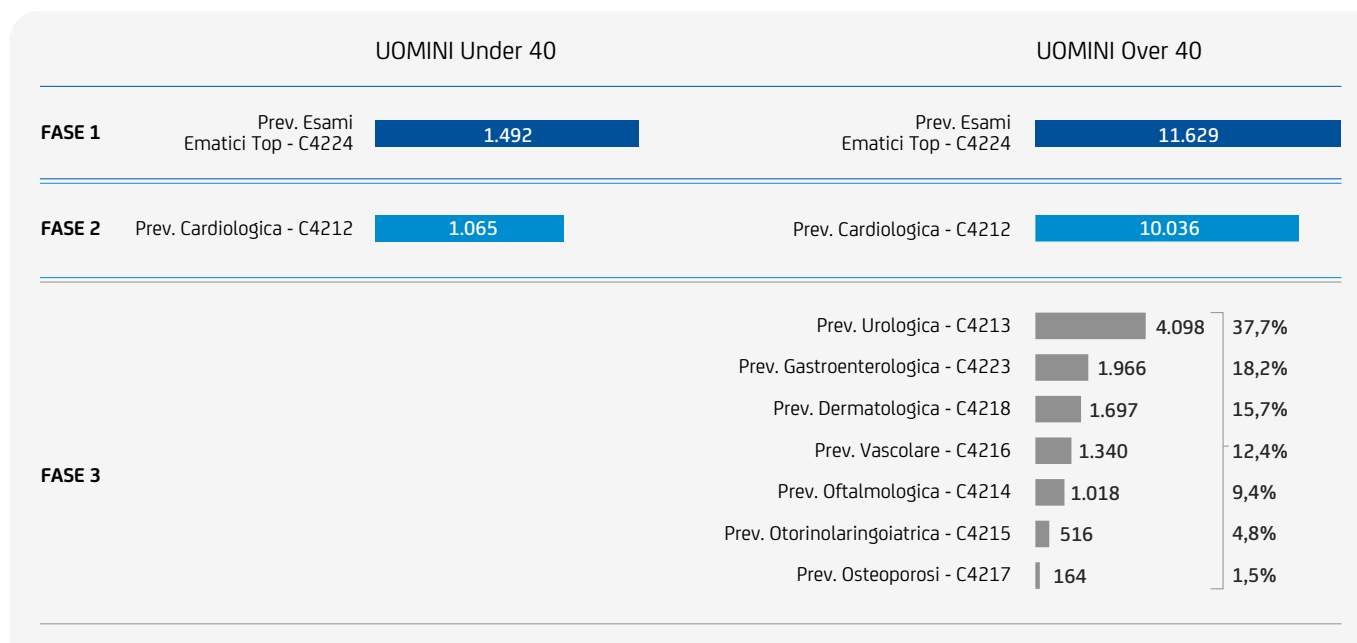
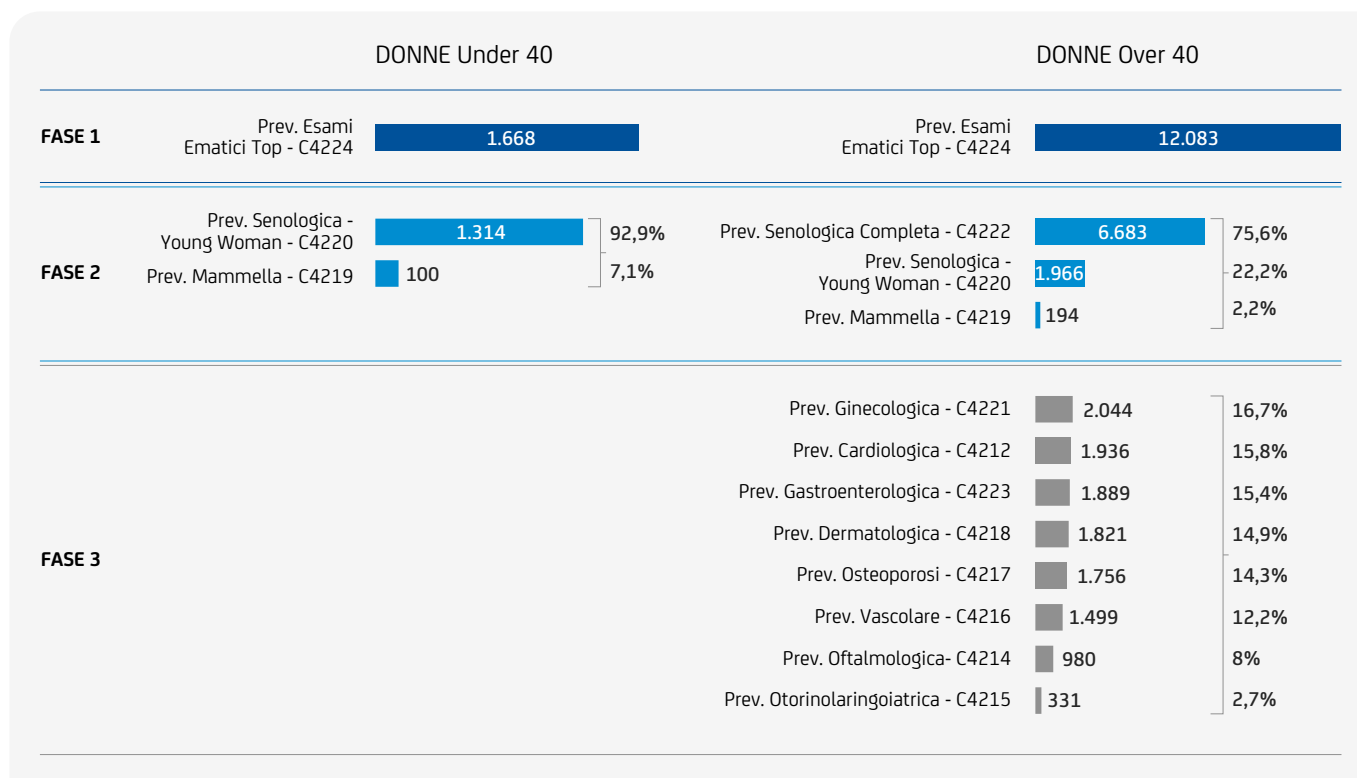
Uomini
35.021

Donne	Under 40	Over 40
Fase 1	1.668	12.083
Fase 2	1.414	8.843
Fase 3	-	12.256
Totale	3.082	33.182

Uomini	Under 40	Over 40
Fase 1	1.492	11.629
Fase 2	1.065	10.036
Fase 3	-	10.799
Totale	2.557	32.464

RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

Tabella 15 - Distribuzione dei check up fruiti per tipologia e genere



RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

Tabella 16 - Distribuzione per Regione

Regione	Prestazioni in Strutture in Regione	% su totale Prestazioni	Regione Residenza Teste Assicurate
Lombardia	19.609	27,5%	12.188
Lazio	9.331	13,1%	9.089
Veneto	8.382	11,8%	4.758
Piemonte	8.139	11,4%	5.024
Emilia Romagna	7.839	11,0%	5.338
Sicilia	4.952	6,9%	4.261
Campania	2.792	3,9%	2.038
Toscana	1.933	2,7%	1.339
Friuli - Venezia Giulia	1.649	2,3%	1.059
Puglia	1.580	2,2%	1.288
Liguria	1.186	1,7%	839
Marche	903	1,3%	617
Umbria	780	1,1%	698
Trentino - Alto Adige	616	0,9%	421
Sardegna	452	0,6%	392
Abruzzo	378	0,5%	321
Calabria	364	0,5%	299
Molise	242	0,3%	197
Valle D'Aosta	102	0,1%	112
Basilicata	56	0,1%	115
Eestero	-	-	18
Totale	71.285	-	50.411

L'81,7% delle prestazioni (n. 58.252) è concentrato in 6 regioni ed i volumi delle prestazioni per regione sono risultati sostanzialmente proporzionali alla distribuzione per residenza degli assicurati.

RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

Le altre iniziative finanziate direttamente

Anche nel 2025 l'Associazione ha accolto alcune richieste di iscritti per l'erogazione di contributi straordinari a fronte di situazioni di salute particolarmente complesse; ciò in stretta aderenza alle previsioni della specifica Policy, approvata nel 2019 dal Consiglio di amministrazione, 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 2025, sono stati complessivamente erogati 8.200 euro.



RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

Le procedure di segnalazione e gestione dei reclami

Per le prestazioni garantite da polizza assicurativa di Generali esiste uno specifico processo di segnalazioni/reclami che prevede un canale dedicato agli assicurati per ricevere assistenza o chiedere informazioni, ad esempio, sulle condizioni contrattuali, sulle motivazioni di respingimento di una richiesta di rimborso, sull'annullamento di una pratica diretta, sui criteri liquidativi o autorizzativi, sullo stato di una pratica, sull'accredito della somma liquidata. È possibile utilizzare anche una funzione di tracking all'interno della propria area riservata della Compagnia, dove si può visualizzare lo stato delle richieste inserite e inviare note al liquidatore per ricevere informazioni sulla singola pratica.

Per eventuali reclami assicurativi, è previsto un apposito form presente sul sito web di Generali.

Tale impostazione è aderente a quanto previsto dalla normativa IVASS cui è soggetta l'Assicurazione in materia di reclami.

Per reclami relativi alle prestazioni odontoiatriche garantite tramite AON è possibile avanzare un reclamo di primo livello, gestito dallo stesso provider. In caso di esito insoddisfacente il processo prevede la possibilità di avanzare un reclamo di secondo livello, gestito questa volta dalla Direzione di Uni.C.A..

Per quanto riguarda i sinistri per prestazioni garantite da polizza assicurativa gestita da **Generali**:

La Compagnia ha gestito **283** reclami assicurativi



inoltre, ha gestito **298** segnalazioni non classificabili come reclami assicurativi, ma come richieste di informazioni relative a pratiche autorizzate in forma diretta o liquidate in forma indiretta



infine, ha poi gestito **11.239** richieste di Informazioni pervenute tramite Area Riservata Uni.C.A. sul portale Generali



Tabelle 16 - Reclami e segnalazioni a Generali

Tabella 16.a - Reclami assicurativi: focus su call center e liquidazioni

INCIDENZA RECLAMI al 31/12

Contact	Contact
Reclami	14
Chiamate Ricevute	251.343
Incidenza	0,006%

Liquidazioni	Liquidazioni
Reclami	269
Richieste Pervenute	520.861
Incidenza	0,05%

Rispetto alle chiamate pervenute al call center della Compagnia di assicurazione, l'incidenza dei reclami pervenuti è stata pari a 0,006%; analogo dato è stato pari allo 0,05% con riferimento alle richieste di liquidazione registrate.

RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

Tabella 16.b - Focus segnalazioni¹

# Doglianze Causa	Dati al 31/12/2025
Varie	100
Richiesta Respinta	76
Problematiche Franchigia	68
Contestazione Liquidazione	17
Problemi con Diretta	13
Solleciti	12
Massimali	7
Accesso Area Riservata	5
Totale complessivo	298

¹ pervenute all'Ufficio Reclami di Generali ma non classificabili come reclami

Tabella 16.c - Richieste di informazioni effettuate tramite Area Riservata Generali

Motivo Richiesta e Tipologia	#Ticket
Informazioni Liquidazione	5.811
Motivo Respungimento o criteri liquidativi Diretta Extra Ospedaliere	3.988
Motivo Respungimento o criteri liquidativi Diretta Ricovero	101
Motivo Respungimento o criteri liquidativi Rimborso Extra Ospedaliere	1.506
Motivo Respungimento o criteri liquidativi Rimborso Ricovero	216
Informazioni Polizza	3.261
Chiarimenti su Condizioni di polizza	1.306
Verifica Nucleo Familiare	182
Chiarimenti su Selezione Garanzie	448
Informazioni su Strutture e Medici Convenzionati	1.325
Stato Lavorazione Pratica	2.087
Richiesta Prestazione Diretta	859
Stato Pratica o Sollecito Diretta Extra Ospedaliere	421
Stato Pratica o Sollecito Diretta Ricovero	70
Stato Pratica o Sollecito Rimborso Extra Ospedaliere	447
Stato Pratica o Sollecito Rimborso Ricovero	86
Richiesta Prestazione Rimborso	204
Consultazione	80
Verifica Polizze mancanti	80
Totale complessivo	11.239

RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

Per quanto riguarda i sinistri gestiti dal provider **Aon/Pronto-Care**, risultano processate 163 richieste, di cui 18 reclami di primo livello processati e 145 richieste di chiarimenti.

Tabella 17 - **Reclami di primo livello gestiti da Aon Pronto Care**

Esito	Numero reclami	% sul totale
Esito positivo	14	8,59%
Esito parzialmente positivo	2	1,23%
Esito negativo	2	1,23%
Forniti chiarimenti	145	88,96%
Totale esito	163	100,00%

In secondo livello, è stato gestito dalla Cassa **1** solo reclamo.

La procedura di segnalazioni/reclami illustrata si è confermata un ottimo strumento di monitoraggio del servizio agli assistiti, consentendo di intercettare e gestire tempestivamente eventuali anomalie nel servizio e nella gestione delle coperture da parte dei fornitori.



RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

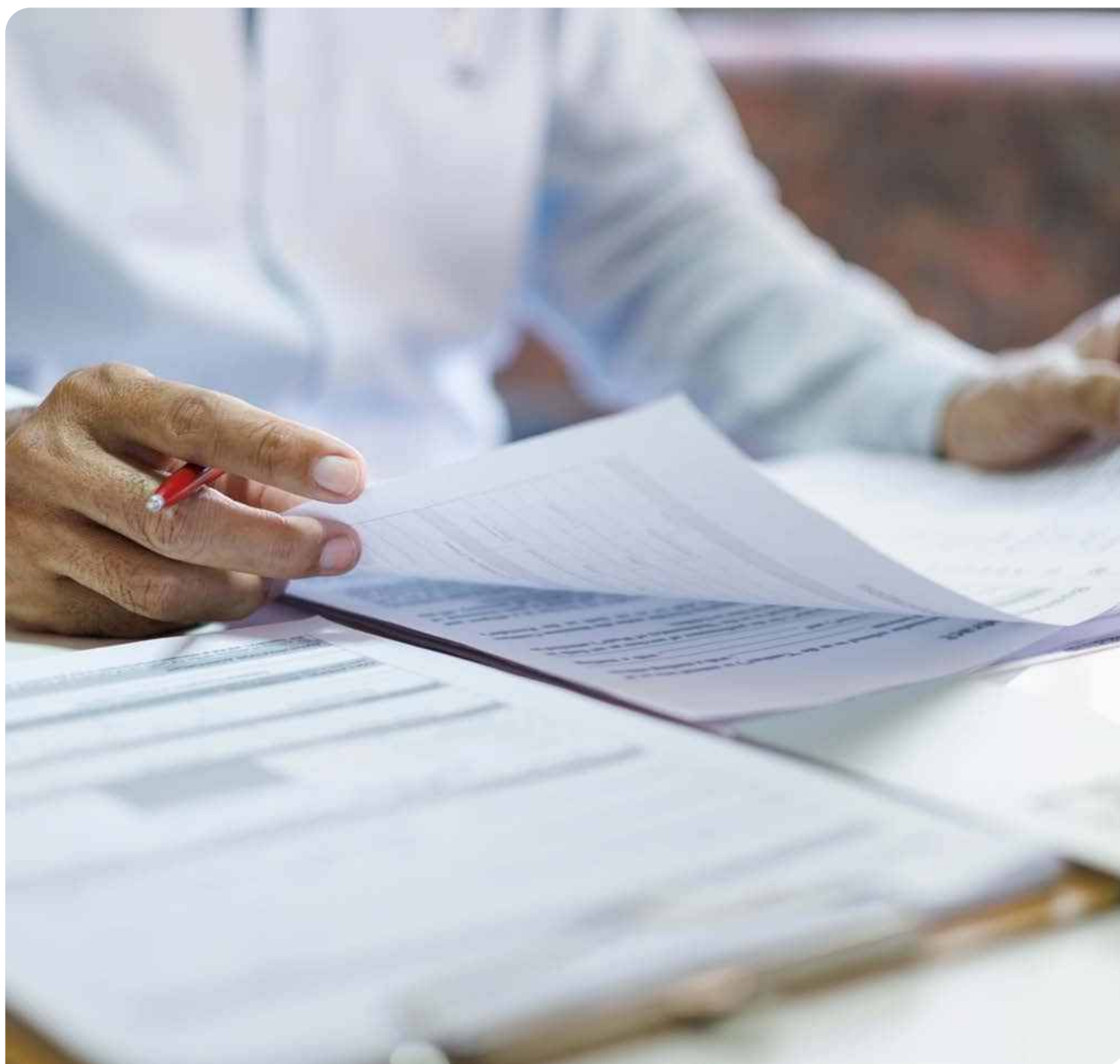
Le attività di controllo della correttezza dei dati contenuti nel sistema anagrafico.

Lo scopo di questa attività, ormai consolidata e strutturata nel tempo, è quello di assicurare la piena correttezza, sia formale sia sostanziale, delle informazioni presenti nell'anagrafe della Cassa. In particolare, le verifiche mirano a garantire che risultino iscritti esclusivamente i soggetti aventi diritto e che vengano rispettate in modo rigoroso tutte le condizioni statutarie e contrattuali previste per l'adesione.

Nel corso degli anni, l'insieme delle attività di controllo si è rivelato non solo un presidio essenziale per l'accuratezza dell'anagrafe, ma anche un efficace strumento di monitoraggio della sua evoluzione nel tempo. Tale accuratezza ha effetti diretti anche sull'andamento tecnico delle coperture: infatti,

in seguito agli interventi di regolarizzazione dei nuclei familiari dichiarati, è stato possibile garantire l'allineamento tra contributi dovuti ed utilizzi di prestazioni.

Sono proseguiti i controlli a campione, attraverso i quali, ogniqualvolta siano emerse discrepanze rispetto alle previsioni regolamentari o ai requisiti richiesti dalla polizza, sono state avviate e portate a termine le necessarie azioni di allineamento e regolarizzazione. Tali interventi hanno contribuito a mantenere elevato il livello di affidabilità dell'anagrafe e a tutelare la sostenibilità complessiva delle prestazioni erogate dalla Cassa.



6 I rapporti tecnici (*Loss Ratio*)

Le coperture sanitarie di base (polizze assicurative)

Con riferimento alle coperture sanitarie di base non odontoiatriche garantite da polizze assicurative, i cosiddetti rapporti sinistri/premi (S/P) o rapporti tecnici, anche noti come Loss Ratio, registrati negli anni - ossia l'incidenza percentuale dei sinistri pagati sui premi (dedotte le tasse) riconosciuti alla Compagnia di assicurazione nell'anno di competenza - presentano tendenzialmente un andamento sfavorevole.

La media aritmetica relativa al periodo 2007-2025 si attesta sul risultato di **102,4%**.

Soprattutto negli ultimi anni, ad eccezione dell'anno 2020 caratterizzato dal lockdown per via dell'emergenza pandemica, l'andamento negativo del rapporto S/P 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 sistema sanitario pubblico e delle 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.

Rispetto al passato, nelle annualità 2024 e 2025 si è registrata una controtendenza, con *Loss Ratio* stimati al di sotto del 100%: nel 2025 il dato stimato si attesta al **92,6%**.

Tale risultato, seppur non ancora consolidato, è da ritenersi indubbiamente positivo e legato agli interventi condivisi con l'Assicuratore in sede di rinnovo dei Piani sanitari per il biennio 2024-2025. Detti interventi sono riconducibili da un lato, all'adeguamento dei costi assicurativi supportato dal maggior contributo previsto da intese negoziali aziendali e, dall'altro, ad alcuni interventi tecnici apportati

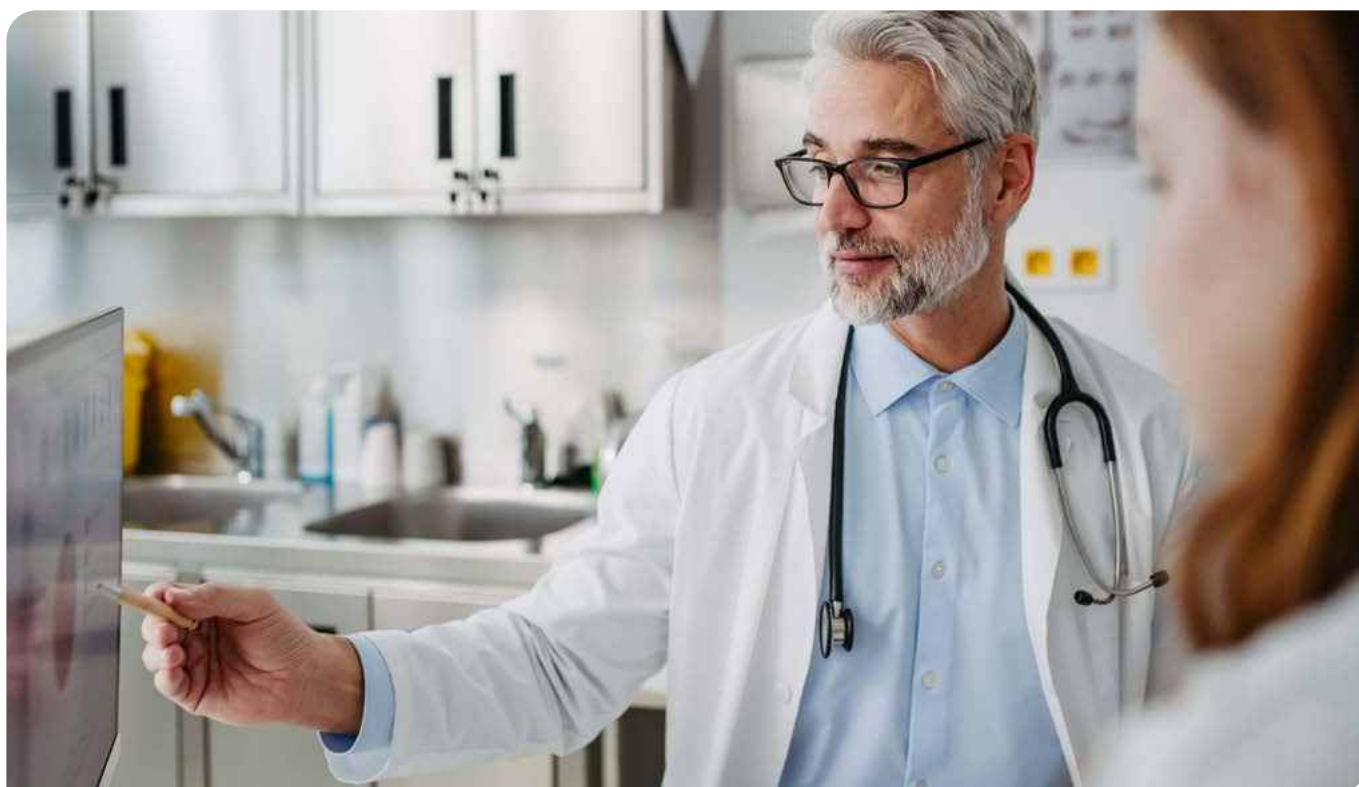
alle coperture che, sebbene limitati, hanno prodotto dei correttivi in ambiti di spesa particolarmente elevati (es. adeguamento delle franchigie su talune prestazioni; eliminazione di garanzie poco appropriate rispetto alle effettive esigenze sanitarie), garantendo così maggior equilibrio tra costi (premi pagati) e benefici (prestazioni rimborsate).

La media aritmetica relativa al periodo 2007-2025 si attesta sul risultato di

102,4%

Rispetto agli anni passati, il dato di Loss ratio stimato per il 2025 si attesta al

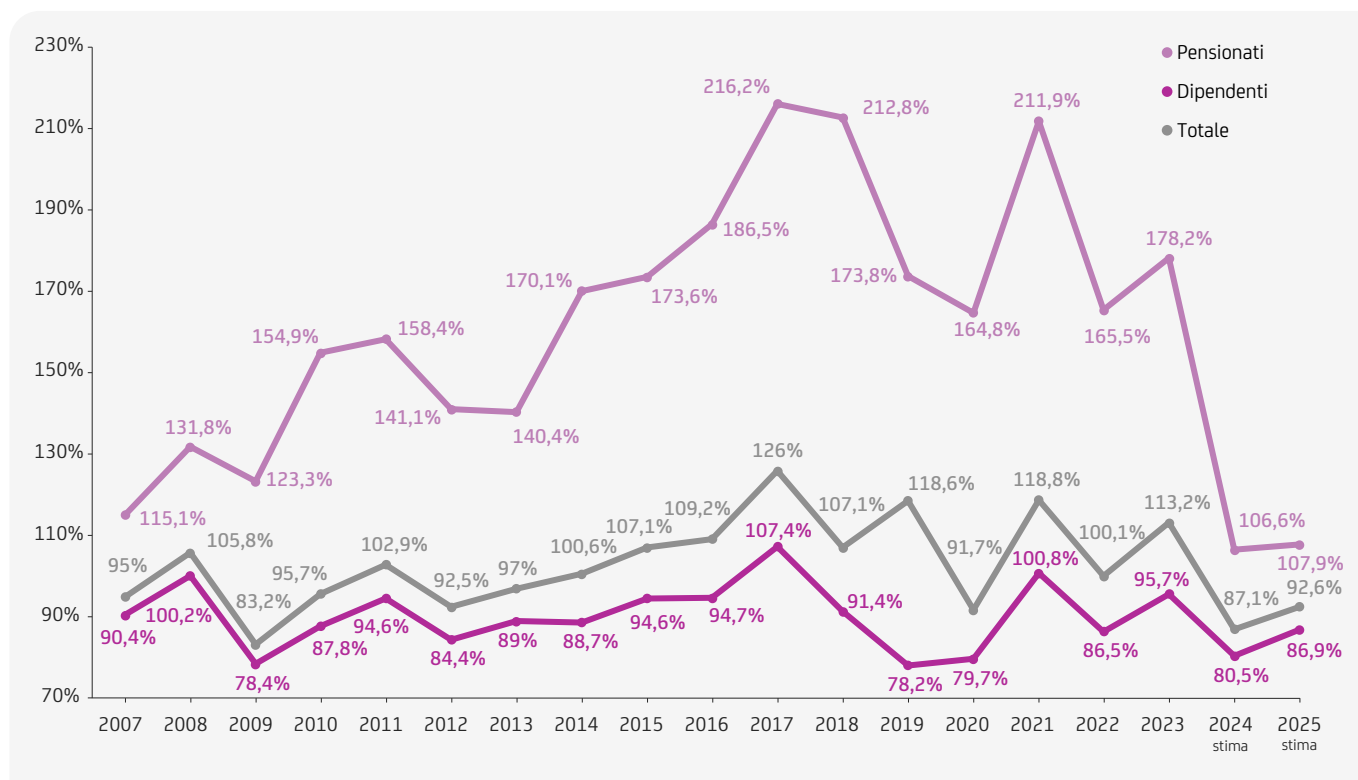
92,6%



RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

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

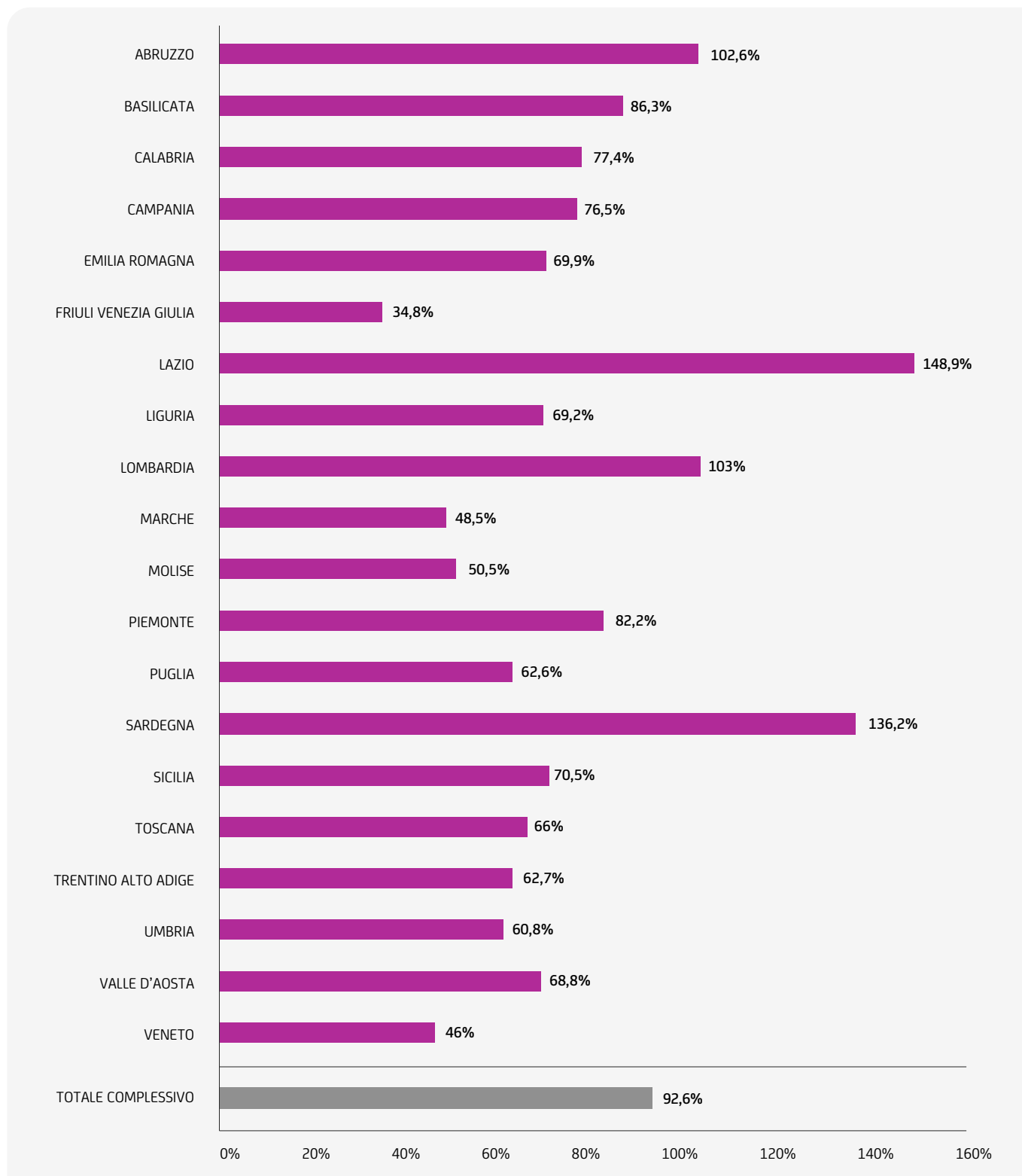
Figura 18 - Evoluzione del rapporto tecnico dal 2007 al 2025

Figura 19 - Evoluzione del rapporto tecnico per categorie di associati dal 2007 al 2025


Nel grafico, i picchi si registrano generalmente nel secondo anno del piano sanitario a valenza biennale stante la continuità di coperture rispetto al primo anno in cui, nei primi mesi, si perfezionano le adesioni degli iscritti.

RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

Figura 20 - Stima del rapporto tecnico 2025 delle polizze per Regione



Elaborazione dati forniti da Generali S.p.A.

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 elevato numero di iscritti (di cui il 30% rappresentato da pensionati) e per l'elevata offerta di strutture sanitarie. In controtendenza rispetto al 2024, invece, il dato relativo all'Abruzzo e alla Sardegna che trova giustificazione nel maggior consumo di prestazioni verosimilmente legato ad eventi sanitari individuali di natura grave che hanno richiesto cure prolungate, incidendo così negativamente sul dato mediamente basso riferito ad un numero limitato di iscritti locali.

RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

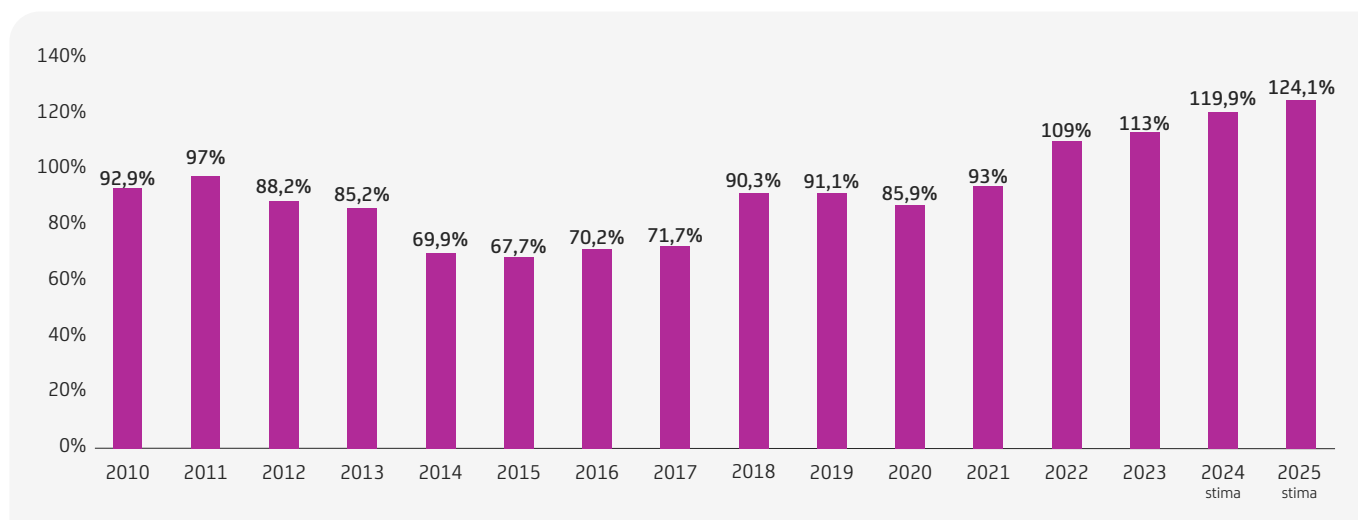
Le coperture odontoiatriche

Nel 2025 il rapporto tecnico stimato conferma un trend sfavorevole rilevato già a partire dal 2022. La stima di chiusura dell'anno, che tiene conto anche dei potenziali sinistri "tardivi", potrebbe attestarsi ad un livello superiore rispetto all'analogo dato del 2024.

Dalle analisi effettuate, la previsione dell'andamento atteso risulterebbe dovuto a maggiori consumi registrati sulle

coperture, in particolare all'incremento della frequenza di utilizzo di alcune prestazioni aventi costi più elevati ed effettuate privilegiando la modalità indiretta, a svantaggio del ricorso al network di strutture/medici convenzionati presso il quale viene applicato un tariffario calmierato.

Tabella 21 - Evoluzione del rapporto tecnico delle coperture dentarie



Elaborazione su dati forniti da Aon, Non viene considerata la polizza Denti Treviso gestita da Generali S.p.A.



RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

7 Le principali evidenze operative e gestionali. Sintesi

Con riferimento alle coperture assicurative non odontoiatriche, la spesa stimata dalla Compagnia per il 2025 relativa alle prestazioni pagate è di circa 64,5 milioni di euro, corrispondente a circa 434.000 sinistri.

Per quanto riguarda, invece, le coperture odontoiatriche, nell'anno le spese stimate rimborsate ammontano a circa 11 milioni, per un totale di circa 42.000 sinistri.

Nell'ambito delle attività gestite, va menzionata l'attività di incasso dei contributi da parte dei pensionati, che sono stati pari a circa 19,2 milioni di euro riferiti a n. 10.356 iscritti. A seguito del mancato pagamento dei contributi dovuti, si è provveduto ad escludere dall'Associazione i pensionati risultati morosi (n. 5 posizioni), in ottemperanza alle previsioni statutarie e alle determinazioni del Consiglio di Amministrazione.

64,5 mln di €

Spesa stimata per il 2025
su coperture assicurative
non odontoiatriche

434.000

Sinistri corrispondenti

19,2 mln di €

Contributi incassati da parte
dei pensionati
su 10.356 iscritti

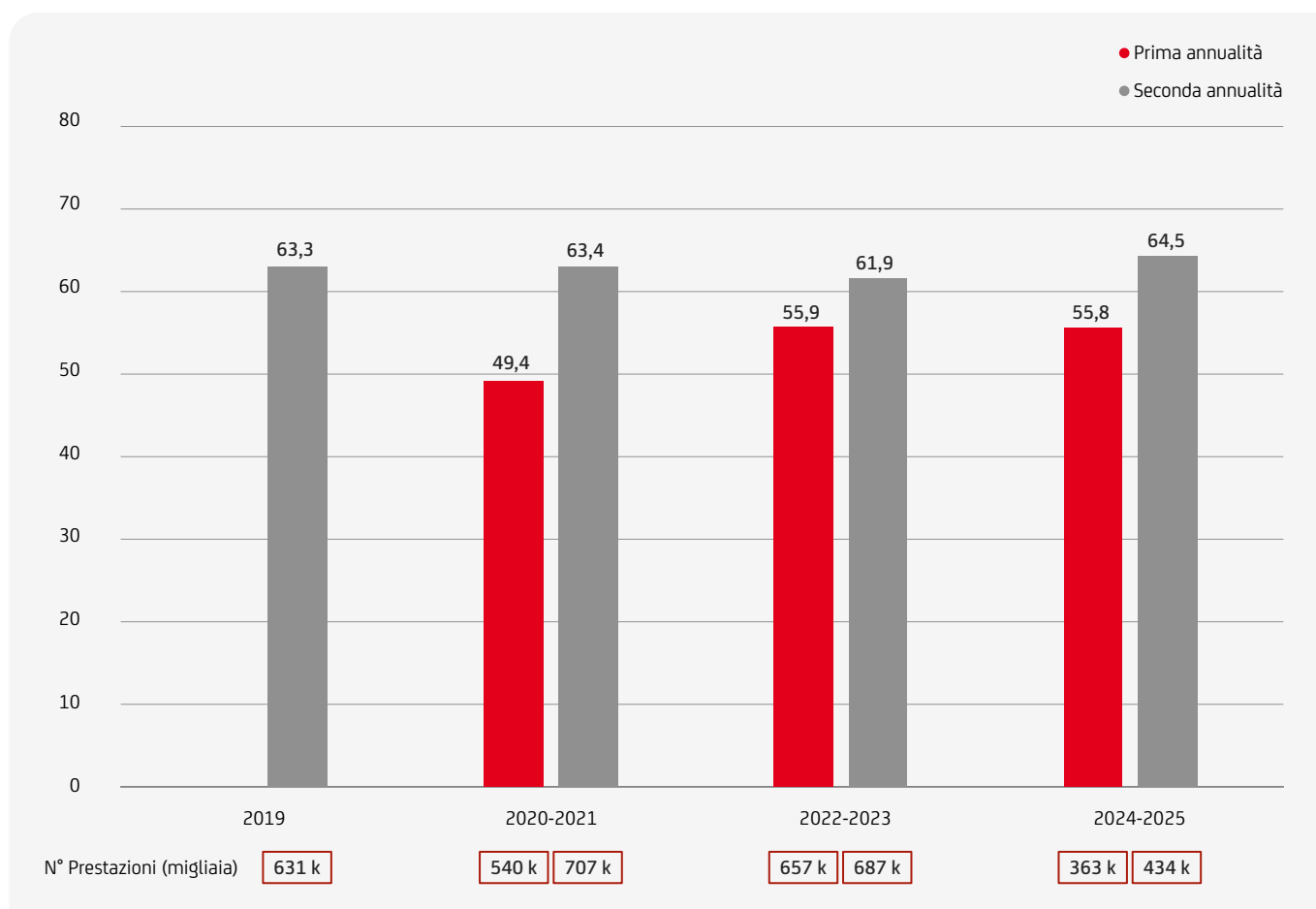


8 Le prestazioni erogate: analisi e confronto con anni precedenti

Andamento delle coperture di base

I consumi sanitari hanno fatto registrare un aumento crescente a partire dal periodo post Covid. Nel 2025, i livelli di consumo sono tornati al livello dei valori del 2019, come evidenziato nella seguente tabella.

Figura 22 - Andamento delle coperture di base (sinistri in milioni/€)



Elaborazione dati forniti da Generali S.p.A.

Nel 2025, secondo anno di vigenza dei Piani sanitari biennali, si è registrato un aumento del livello di spesa, stimato in 64,5 milioni di euro: di questi, risultano liquidati circa 42 milioni di sinistri corrispondenti a circa 347.000 prestazioni delle n. 434.000 stimate: la differenza sia in termini di liquidato che in termini di numero di prestazioni rispetto ai dati indicati nella tabella è da riferirsi a sinistri che la Compagnia ha valutato statisticamente come avvenuti, ma per i quali non è ancora pervenuta richiesta di indennizzo.

L'analisi dei dati di utilizzo delle prestazioni di polizza ha consentito di evidenziare gli aspetti di cui ai successivi grafici, anche attraverso il confronto con gli analoghi dati riferiti al 2024 (si rammenta che i dati 2025 e 2024 sono ancora stimati e non definitivi in quanto ancora non decorsi i due anni di prescrizione previsti per il rimborso delle prestazioni sanitarie assicurate).

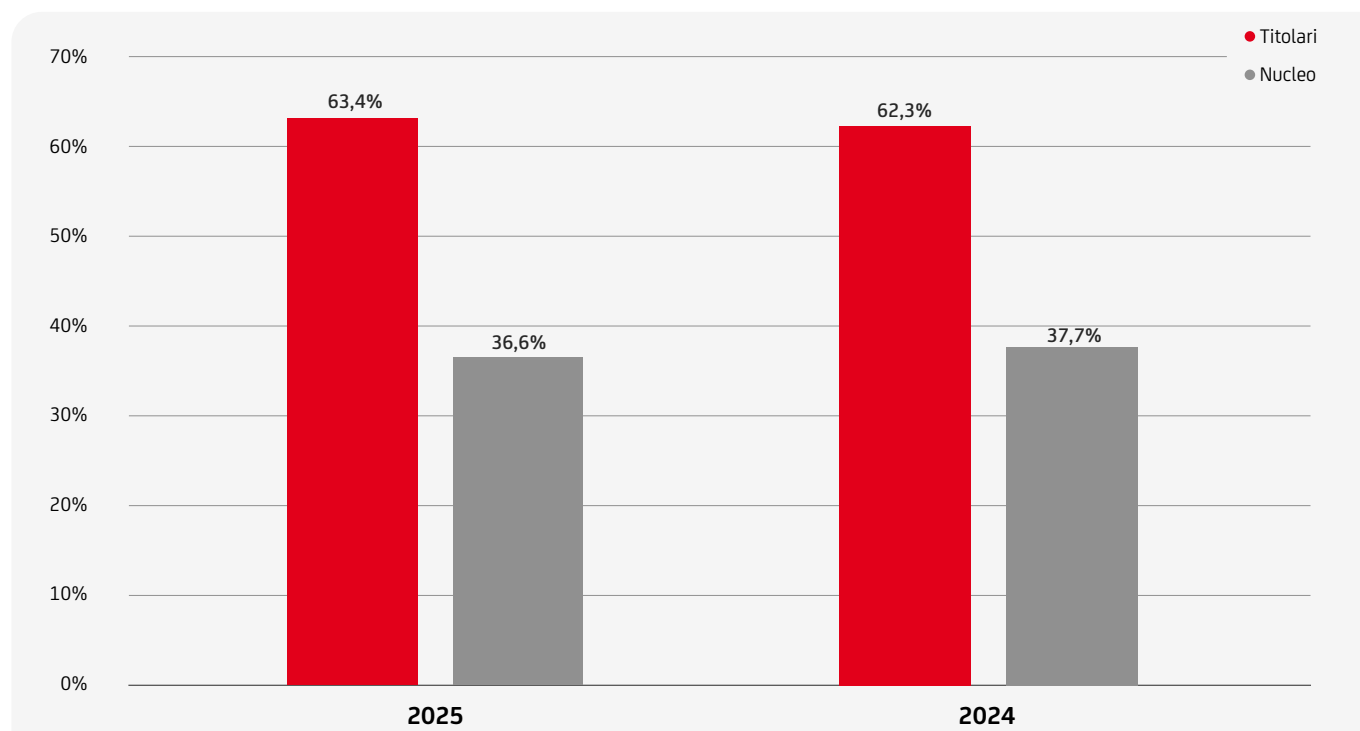
RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

Figura 22.a - Distribuzione degli utilizzi di polizza per genere



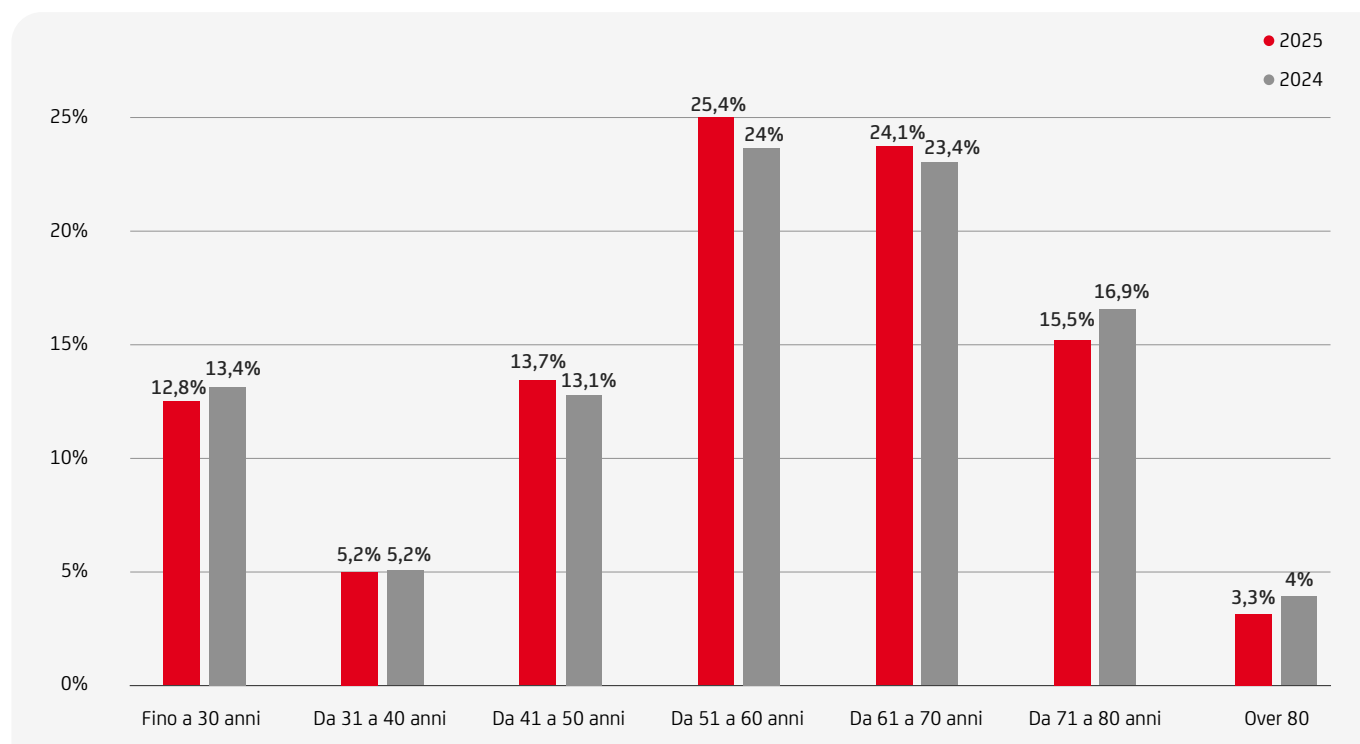
RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

Figura 22.b - Distribuzione degli utilizzi di polizza tra titolari e nuclei assicurati



Elaborazione dati forniti da Generali S.p.A.

Figura 23 - Distribuzione degli utilizzi di polizza per fasce di età

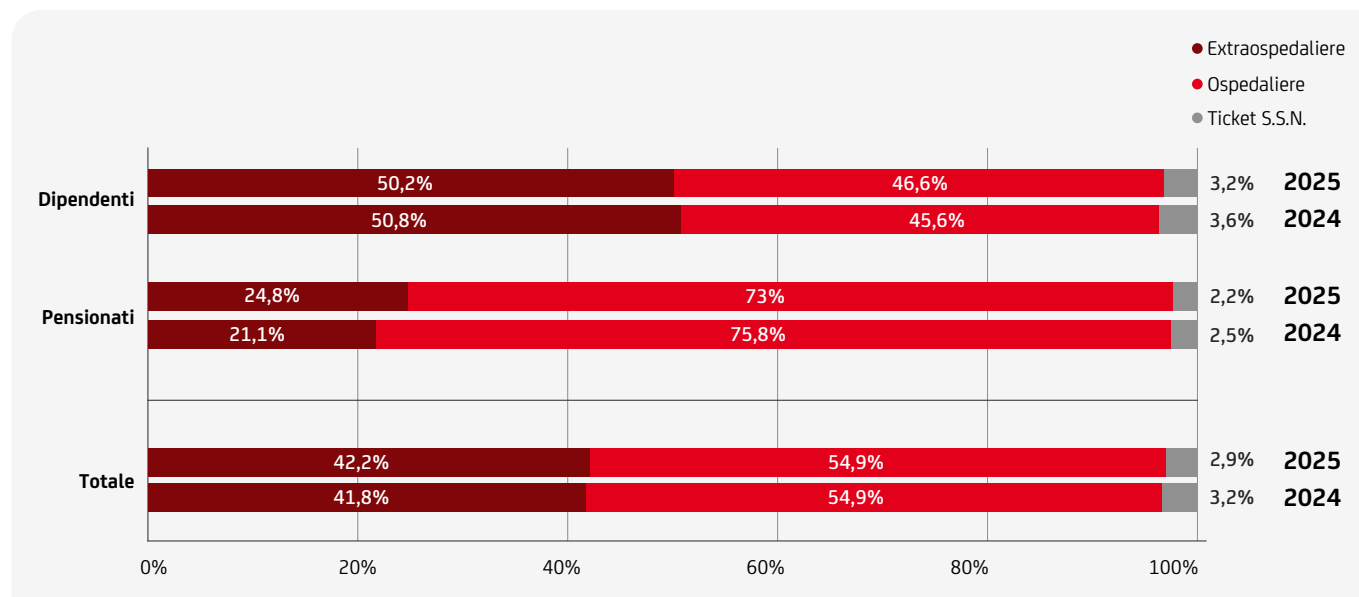


Elaborazione dati forniti da Generali S.p.A.

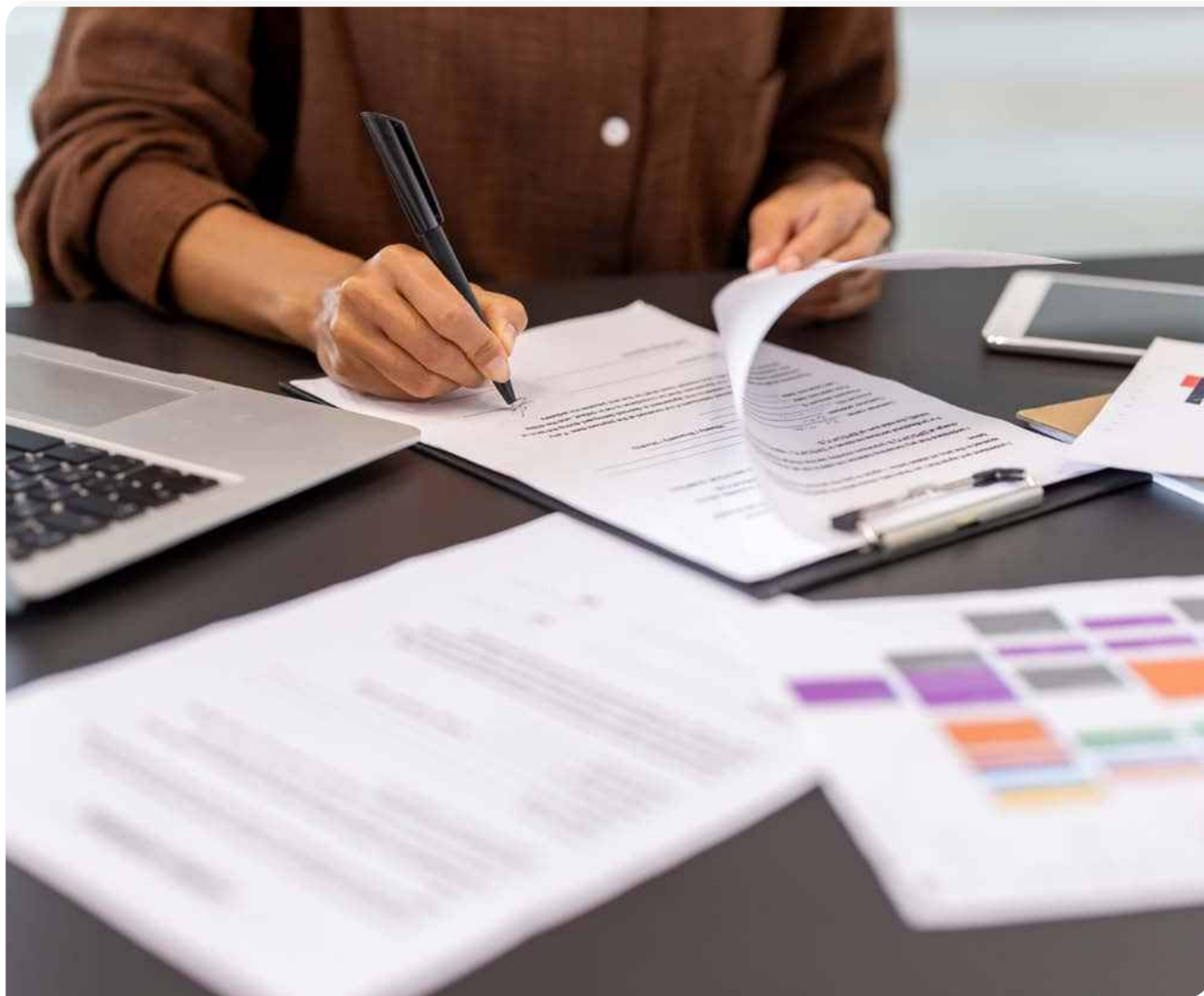
Dal confronto dei dati tra le due annualità emerge una sostanziale invarianza degli utilizzi distribuiti per fasce di età; si osserva che al crescere dell'età aumenta l'utilizzo della polizza; rimane un'eccezione il dato relativo alla fascia di età <30 anni che caratterizza tutte le polizze ed è legato all'effettuazione di visite relative a figli minori o, comunque, giovani iscritti.

RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

Figura 24 - Distribuzione degli utilizzi per macro-aree di prestazioni



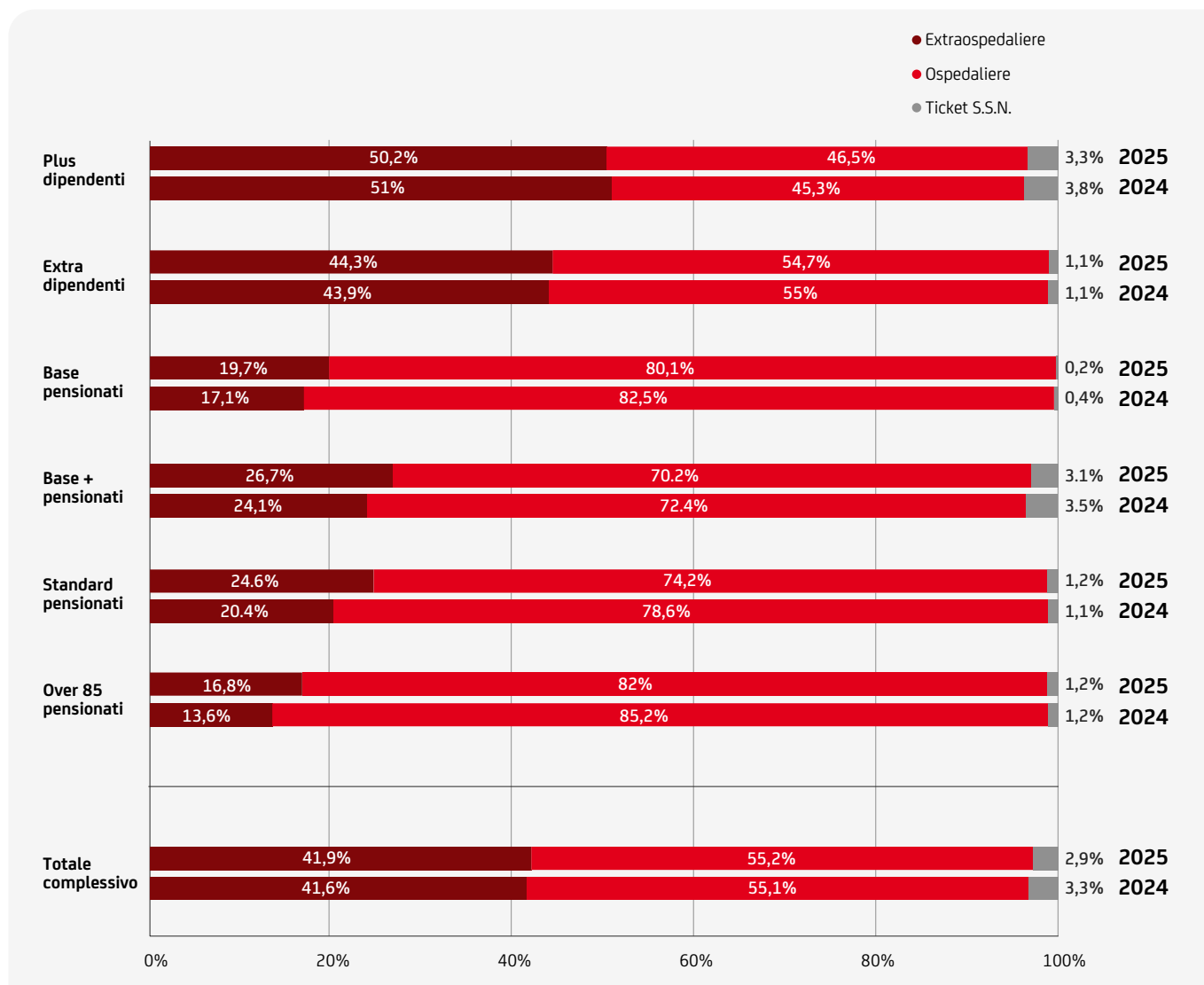
Elaborazione dati forniti da Generali S.p.A.



RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

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, ossia dei ricoveri, è quella a maggior assorbimento di sinistri. Tale dato trova conferma anche nella successiva suddivisione delle macroprestazioni per tipo di polizza.

Figura 25 - Utilizzi per macroaree di prestazioni e tipo di polizza di base



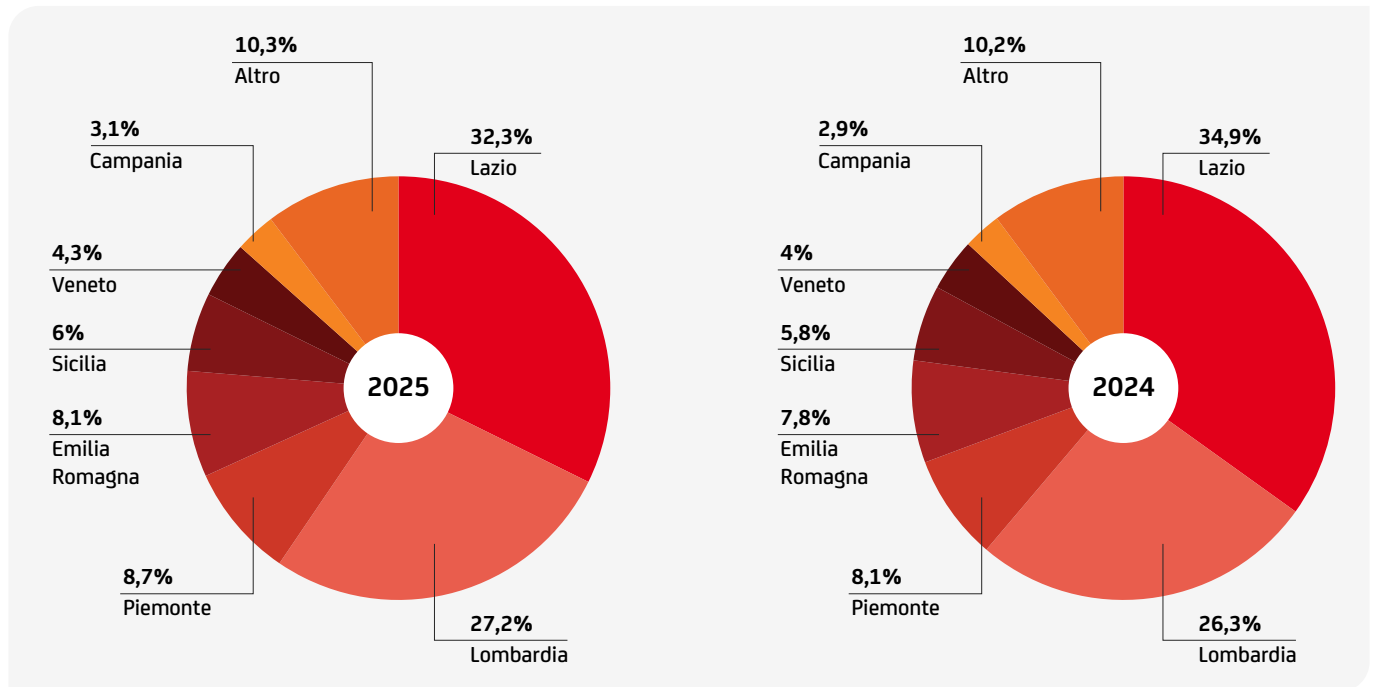
Elaborazione dati forniti da Generali S.p.A.

Il confronto dei dati tra le due annualità mostra trend sostanzialmente stabili tra le diverse categorie di prestazioni.

RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

Le tabelle che seguono forniscono dettagli, anche a livello di singola Regione, del liquidato relativo ai sinistri presentati.

Figura 26 - Ripartizione del liquidato per Regione



Elaborazione dati forniti da Generali S.p.A.

Rispetto al 2024, si confermano i trend: il Lazio (area Centro) è l'area 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 in area ospedaliera derivanti dalla presenza di un numero elevato di assistiti in quiescenza.



RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

Figura 27.a - Distribuzione del liquidato per Regione e utilizzi pro-capite

Regione	Sinistri liquidati in €	Utilizzatori n.	Utilizzatori % su totale iscritti ¹	Media utilizzi pro capite in €
Abruzzo	396.601	424	59,5%	935
Basilicata	120.590	123	50,8%	980
Calabria	301.581	443	61,6%	681
Campania	1.902.205	2.820	62,9%	675
Emilia Romagna	4.996.097	6.636	63,4%	753
Friuli Venezia Giulia	438.974	1.057	52,6%	415
Lazio	19.843.414	13.458	71,4%	1.474
Liguria	797.581	983	60,2%	811
Lombardia	16.705.395	16.201	65,3%	1.031
Marche	355.413	742	55,2%	479
Molise	125.730	252	58,5%	499
Piemonte	5.369.295	6.117	62,3%	878
Puglia	1.024.865	1.863	63,9%	550
Sardegna	680.317	469	56,7%	1.451
Sicilia	3.644.063	5.346	61,1%	682
Toscana	1.184.705	1.623	57,5%	730
Trentino Alto Adige	305.532	364	42,9%	839
Umbria	520.913	822	56,7%	634
Valle d'Aosta	101.550	120	49,8%	846
Veneto	2.612.606	5.667	56,4%	461
Totale complessivo	61.427.429²	65.530	63,3%	937

¹ Totale degli iscritti 2025 = 103.457² L'importo è comprensivo della stima dei sinistri tardivi effettuata dalla Compagnia di assicurazione, con esclusione dell'ulteriore riserva per prestazioni non ancora accadute ma, statisticamente, di possibile accadimento.

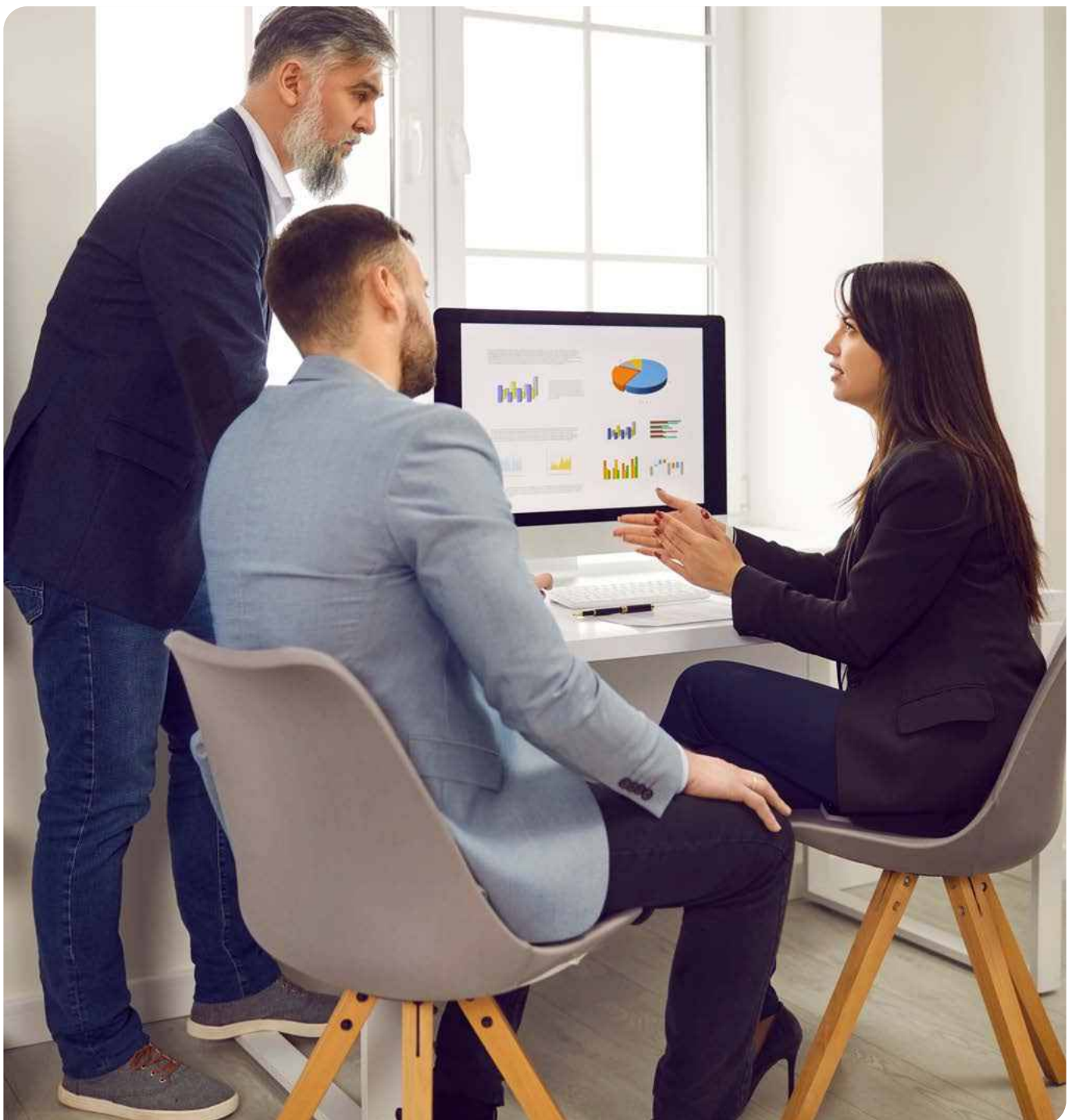
Elaborazione dati forniti da Generali S.p.A

RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

Figura 27.b - Suddivisione del liquidato per tipologia di iscritti e utilizzi pro-capite

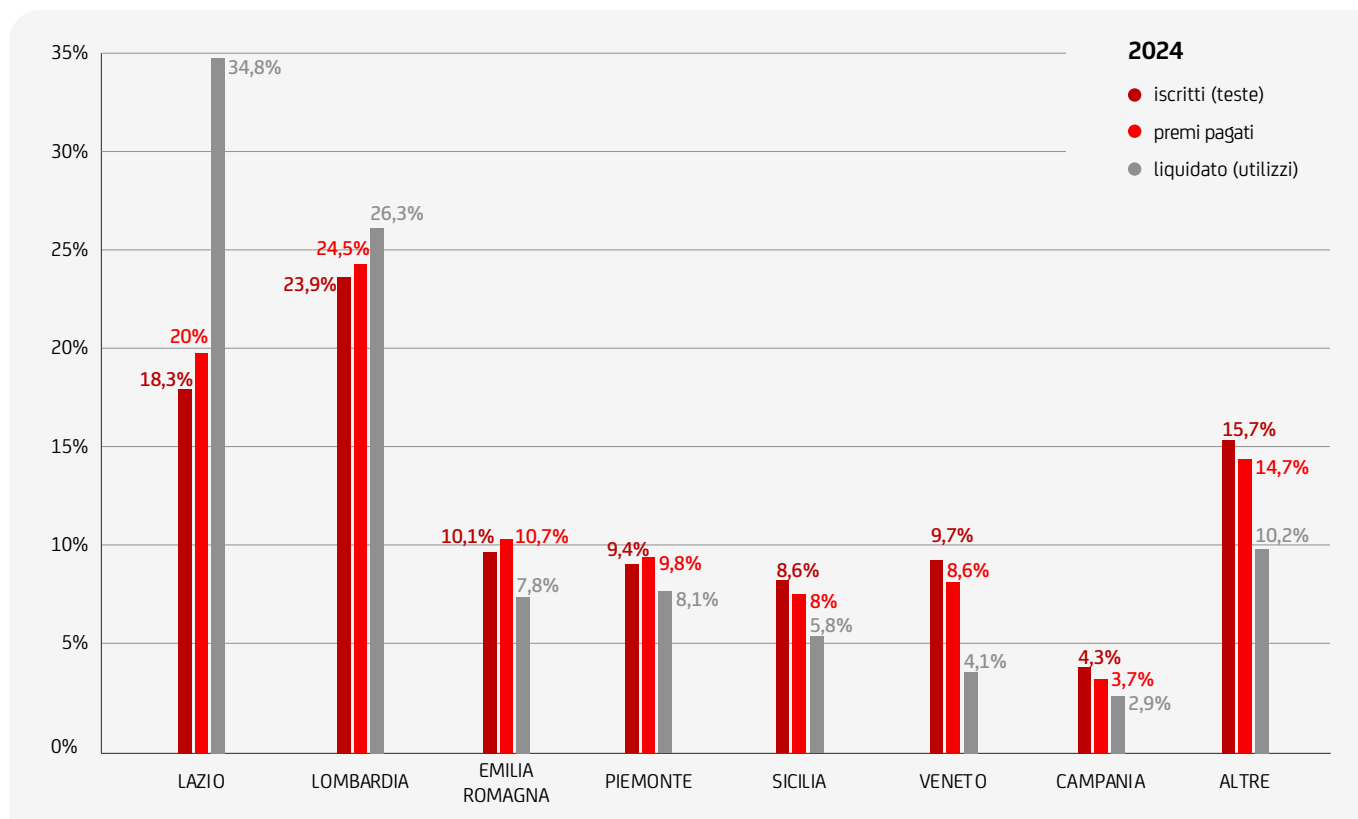
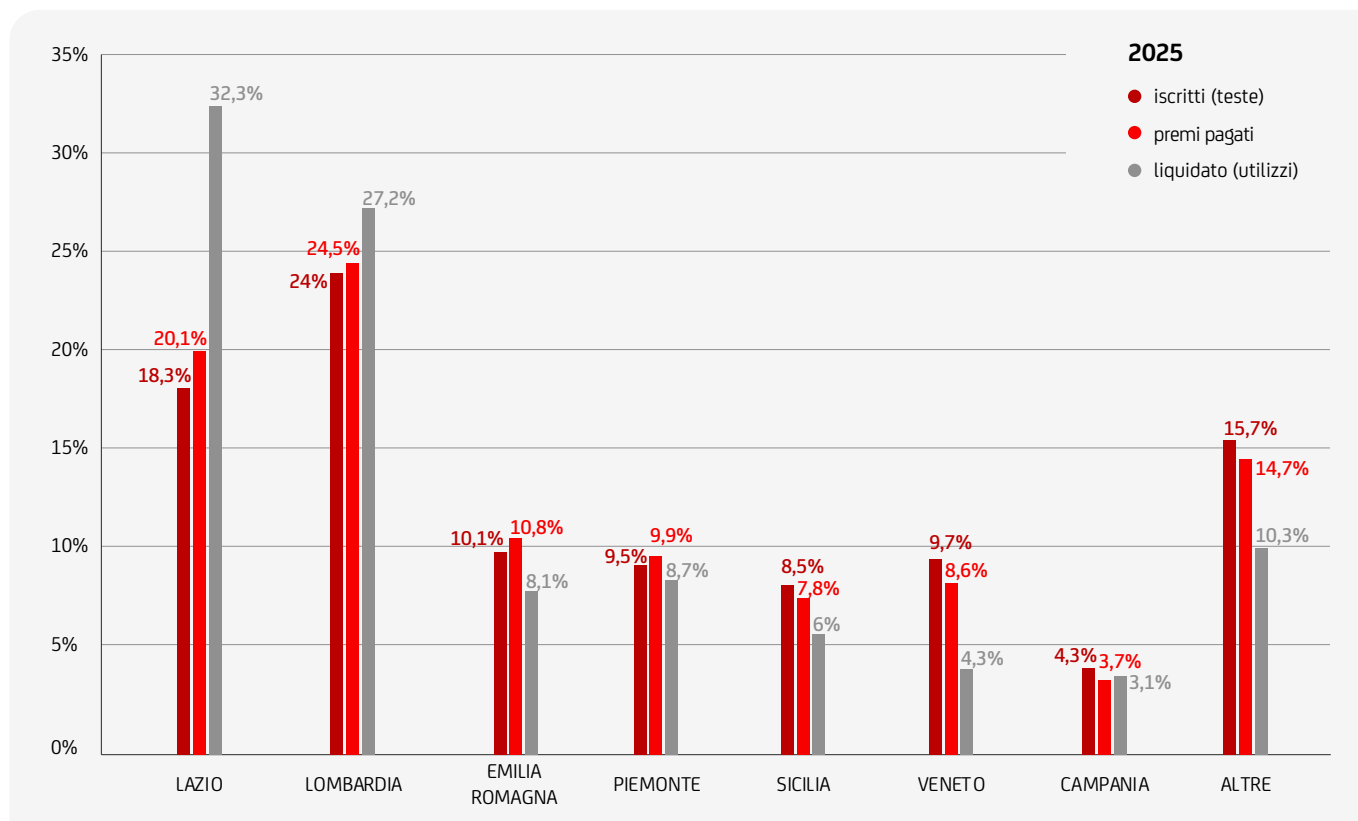
Tipologia di iscritti	Sinistri liquidati in €	Utilizzatori n.	Utilizzatori % su totale iscritti ¹	Media utilizzi pro capite in €
Dipendenti e nuclei	41.958.012	53.540	51,7%	784
Pensionati e nuclei	19.469.417	11.990	11,6%	1.624
Totale complessivo	61.427.429	65.530	63,3%	937

¹ Totale degli iscritti 2025 = 103.457
Elaborazione dati forniti da Generali S.p.A



RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

Figura 28 - Distribuzione per Regione del liquidato, dei premi pagati e degli iscritti

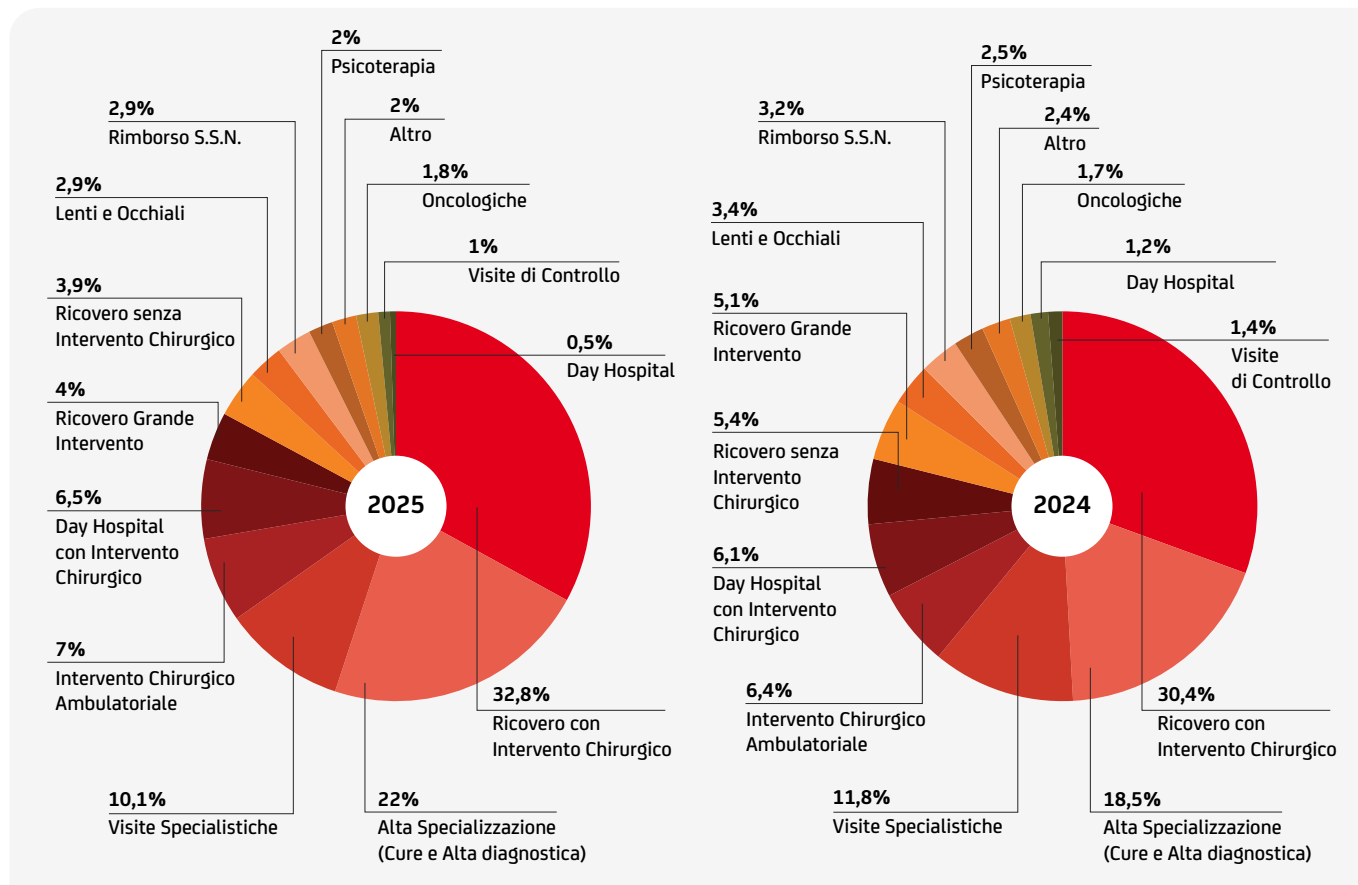


Elaborazione dati forniti da Generali S.p.A.

La distribuzione rappresentata nel 2025, pressoché analoga a quella del 2024, rapporta i dati di sinistri, premi e iscritti di ciascuna regione sui rispettivi totali di liquidato, di premi e di iscritti a livello complessivo nazionale.

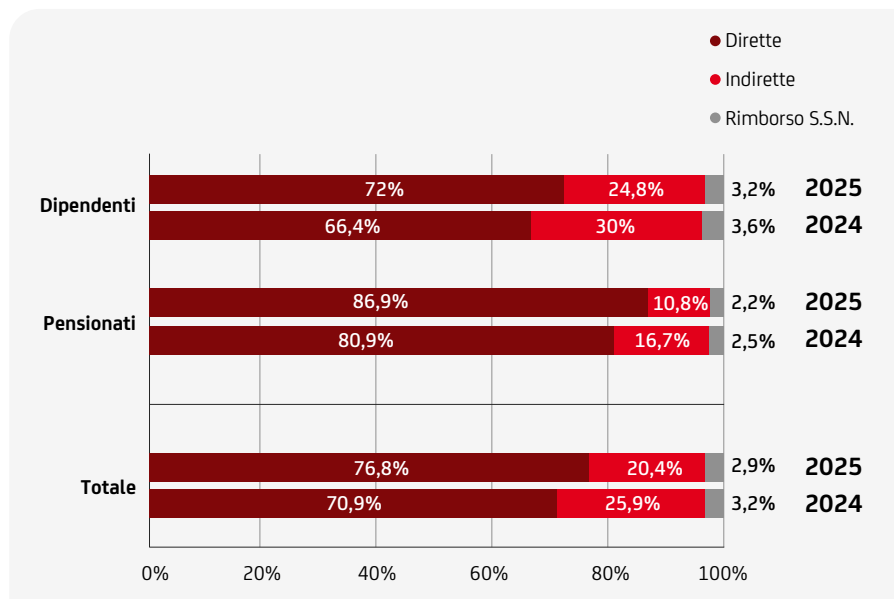
RELAZIONE SULLA GESTIONE >> CONTINUA

Figura 29 - **Distribuzione del liquidato per tipologia di prestazione**



Elaborazione dati forniti da Generali S.p.A.

Figura 30 - **Suddivisione degli utilizzi per modalità di accesso alle prestazioni**



Elaborazione dati forniti da Generali S.p.A.

Con riferimento al regime di erogazione (cfr. tabella 30), si conferma il maggior ricorso alle prestazioni in forma diretta ossia presso le strutture del network convenzionato, rispetto alla forma indiretta.

RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

Tabella 31 - Dettaglio del liquidato per macro-aree e tipologia di prestazioni - Tasso di pagamento per garanzia

Tipo prestazione - Ospedaliera

Garanzia	Tipologia di accesso	N. pratiche	Richiesto in €	Liquidato in €	% rimborso
Ricovero con Intervento	D	7.763	13.678.581	12.310.802	90,0%
	I	1.301	1.179.977	779.362	66,0%
Day Hospital Chirurgico	D	2.065	2.456.330	2.261.878	92,1%
	I	194	262.431	132.395	50,4%
Intervento Ambulatoriale	D	4.843	2.405.826	2.092.998	87,0%
	I	2.980	1.270.132	436.506	34,4%
Ricovero senza intervento	D	573	1.022.500	928.793	90,8%
	I	507	448.855	350.517	78,1%
Day Hospital Medico	D	118	164.877	150.577	91,3%
	I	62	36.931	8.007	21,7%
ALTRO (es: accompagnatore, trasporto)	D	279	46.284	35.738	77,2%
	I	3.068	886.731	875.158	98,7%
Totale Ospedaliera	-	23.753	23.859.456	20.362.729	85,3%

Tipo prestazione - Extraospedaliera

Garanzia	Tipologia di accesso	N. pratiche	Richiesto	Liquidato	% rimborso
Alta diagnostica	D	13.148	3.851.313	3.258.042	84,6%
	I	3.212	919.822	425.311	46,2%
	SSN	2.163	91.349	91.120	99,7%
Accertamenti/Prestazioni mediche	D	85.811	4.523.476	3.193.602	70,6%
	I	23.606	2.285.572	955.047	41,8%
	SSN	39.574	1.286.365	1.281.308	99,6%
Visite specialistiche	D	42.403	4.061.522	2.747.992	67,7%
	I	42.931	6.639.307	3.468.750	52,2%
	SSN	13.548	387.737	387.041	99,8%
Oncologiche	D	3.146	789.419	774.502	98,1%
	I	2.055	349.196	337.452	96,6%
Preventiva	D	5.347	491.853	490.031	99,6%
	I	1.443	152.501	98.084	64,3%
Terapie ortopediche	D	888	454.215	417.044	91,8%
	I	1.007	317.120	192.043	60,6%
	SSN	515	17.317	17.317	100,0%
Altre terapie	D	9.693	39.441	36.632	92,9%
	I	14.513	2.840.110	1.405.674	49,5%
	SSN	37	1.402	1.402	100,0%
Lenti	I	12.992	3.678.084	1.716.431	46,7%
Protesi	I	589	306.822	233.029	75,9%
Totale ExtraOspedaliera	-	318.621	33.483.942	21.527.855	64,3%

Elaborazione dati forniti da Generali S.p.A.

Dati di liquidato al 31.12.2025. I valori all'interno delle singole tipologie di prestazioni sono ordinati in modo decrescente rispetto alla forma diretta di accesso del liquidato.

RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

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

Tipo prestazione - Cure dentarie

Garanzia	Tipologia di accesso	N. pratiche	Richiesto	Liquidato	% rimborso
Cure dentarie da infortunio	I	303	178.228	115.123	64,6%
Totale Cure dentarie da infortunio	-	303	178.228	115.123	64,6%

Tipo prestazione - Altre prestazioni

Garanzia	Tipologia di accesso	N. pratiche	Richiesto	Pagato	% rimborso
Altre prestazioni (coperture opzionali integrative)	D	55	43.572	39.022	89,6%
	I	4.082	491.762	250.069	50,9%
Totale Altre prestazioni	-	4.137	535.335	289.091	54,0%

Totale complessivo

Tipo prestazione	N. pratiche	Richiesto	Liquidato	% rimborso
Totale Ospedaliera	23.753	23.859.456	20.362.729	85,3%
Totale ExtraOspedaliera	318.621	33.483.942	21.527.855	64,3%
Totale Cure dentarie da infortunio	303	178.228	115.123	64,6%
Totale Altre prestazioni	4.137	535.335	289.091	54,0%
Totale complessivo	346.814	58.056.960	42.294.799	72,9%

Elaborazione dati forniti da Generali S.p.A.

Dati di liquidato al 31.12.2025. I valori all'interno delle singole tipologie di prestazioni sono ordinati in modo decrescente rispetto alla forma diretta di accesso.

(*) Nell'importo di liquidato sono inclusi 860.000 euro circa relativi a ricoveri effettuati presso il Servizio Sanitario Nazionale.

Dalla tabella emerge un ottimo rapporto tra l'indennizzo richiesto dagli assistiti e quanto è stato pagato dalla Compagnia di assicurazione, c.d. "tasso di pagamento per garanzia" che, per l'anno 2025, ha fatto registrare una media di circa il **73%**, con picchi di quasi il 100% per i rimborsi SSN.

RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

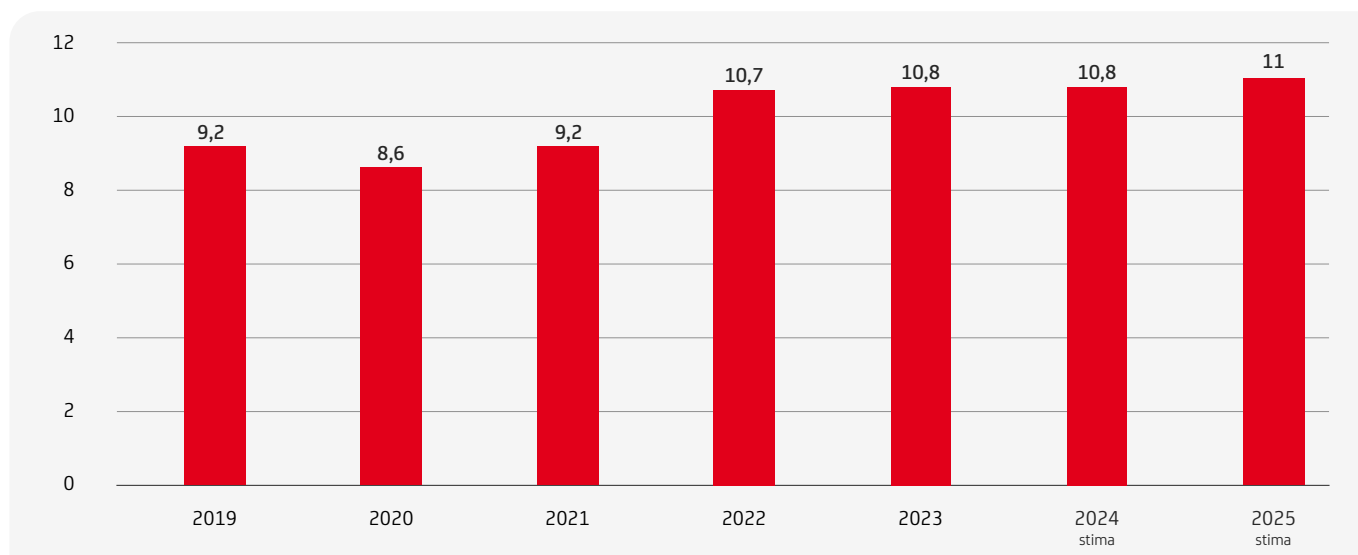
Andamento delle coperture odontoiatriche

Nel 2025, la spesa stimata di chiusura per rimborsi odontoiatrici risulta pari a circa 11 milioni di euro, in leggero aumento rispetto all'anno precedente.

Nel grafico seguente sono evidenziati gli importi di liquidato di competenza di ciascuna annualità. Per il 2025, il dato di liquidato effettivo risulta essere di circa

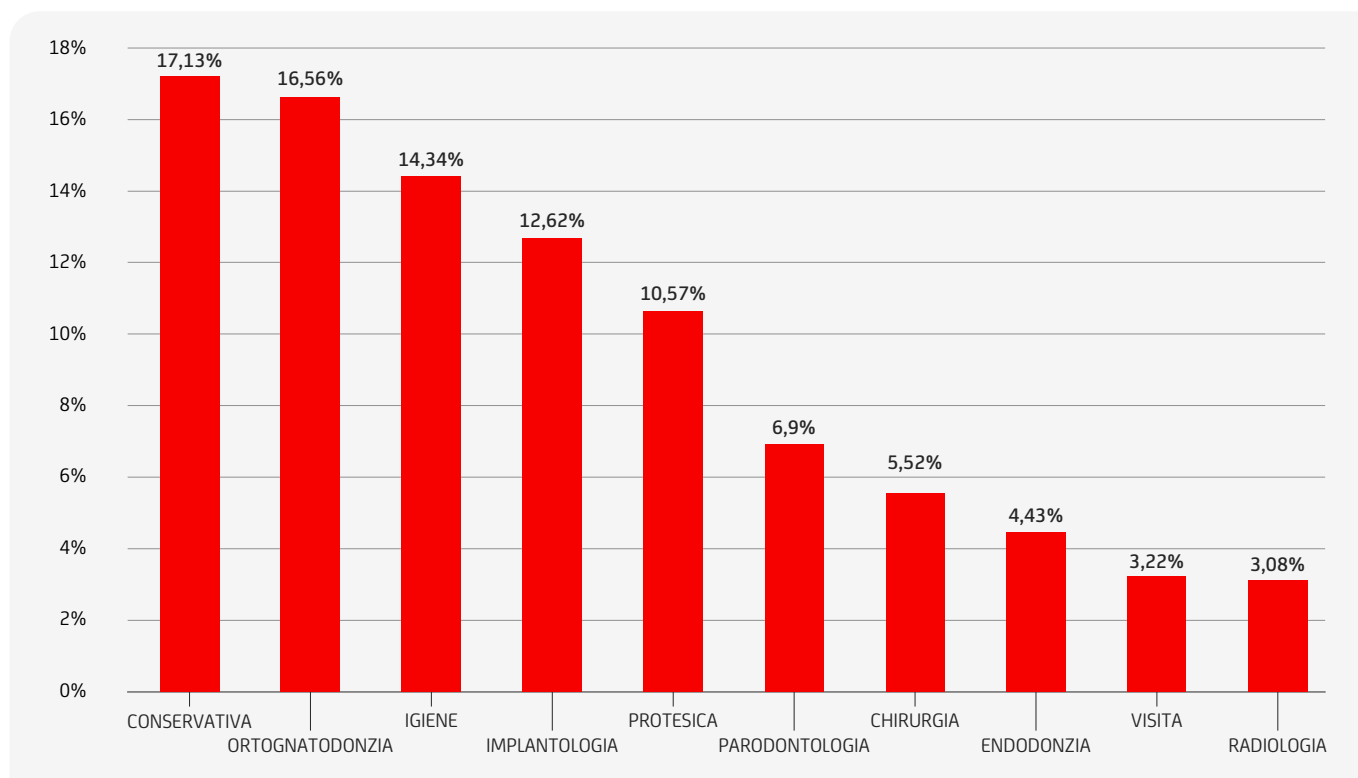
9,9 milioni di euro e la differenza rispetto all'importo sotto riportato si riferisce alla stima dei c.d. "sinistri tardivi".

Figura 33 - Andamento delle coperture odontoiatriche (sinistri in milioni/€)



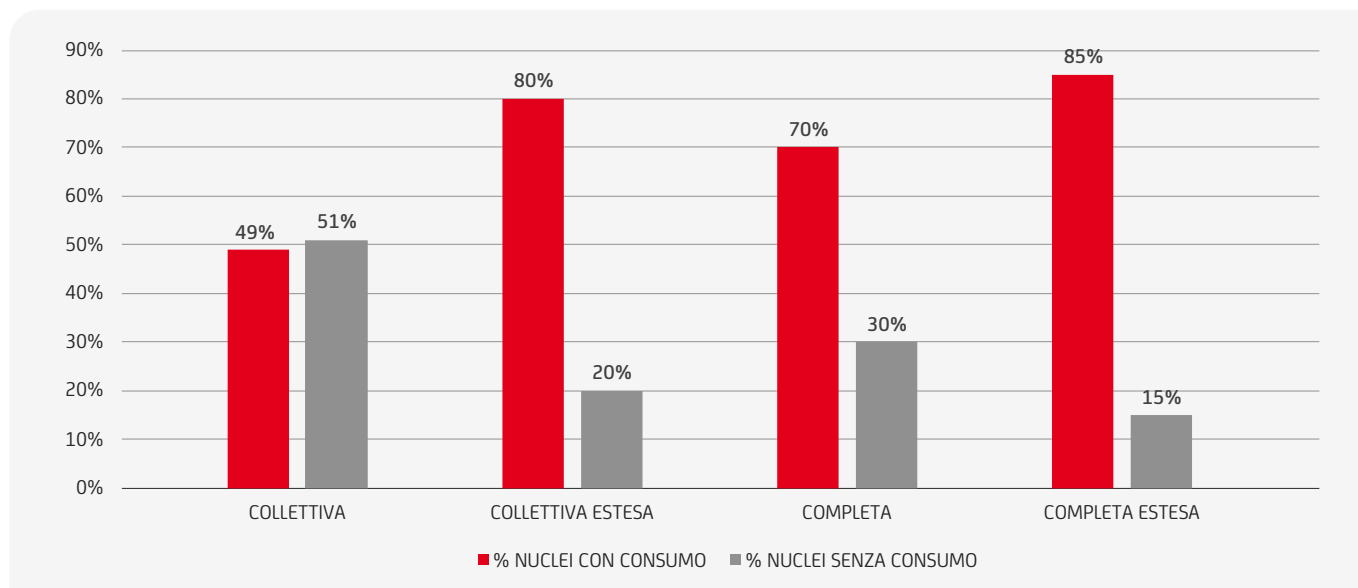
Al 31.12.2025 risultano pagati n. 36.707 di competenza della stessa annualità e n. 5.518 riferiti ad annualità precedenti nel rispetto dei due anni di prescrizione previsti per i rimborsi sanitari.

Figura 33.a - Distribuzione % del liquidato per le principali prestazioni



RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

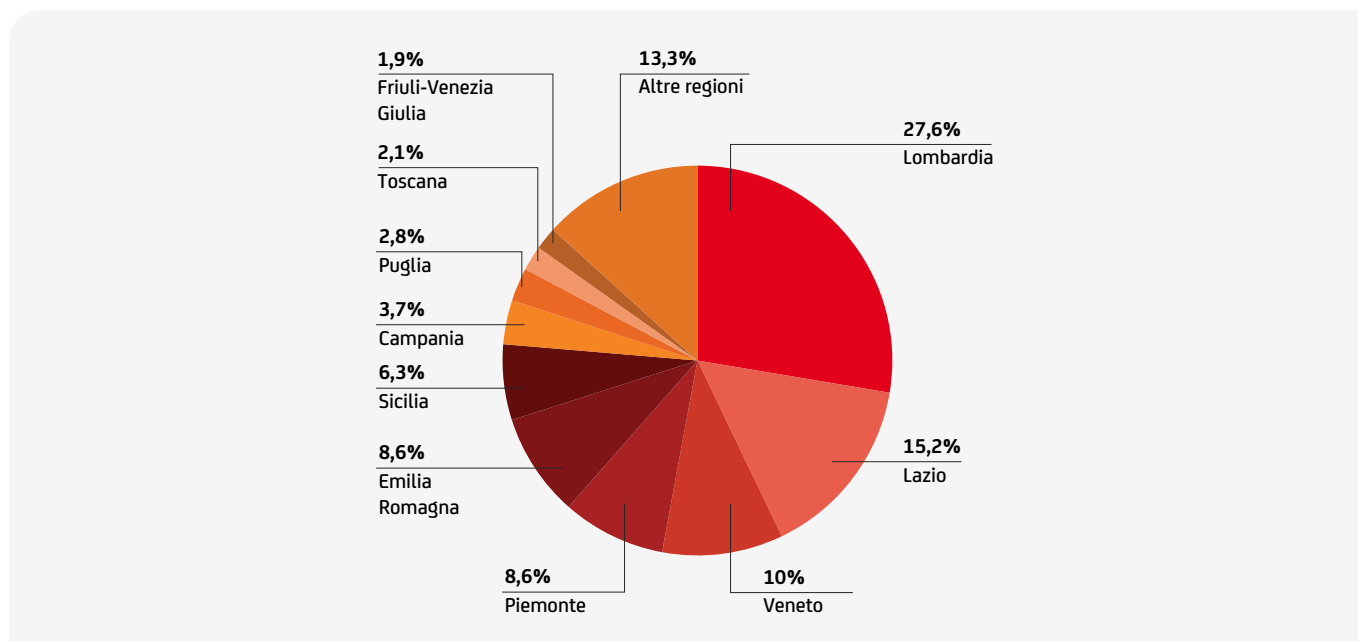
Figura 33.b - Distribuzione dei consumi per tipologia di copertura



Le maggiori percentuali di utilizzo delle coperture relativamente ai nuclei si registrano per i piani dedicati al personale dirigente (Completa e Completa estesa) e per il piano che include i familiari dedicato al personale non dirigente.

A carattere generale, le coperture dentarie risultano utilizzate dal 53,5% dei dipendenti e loro nuclei.

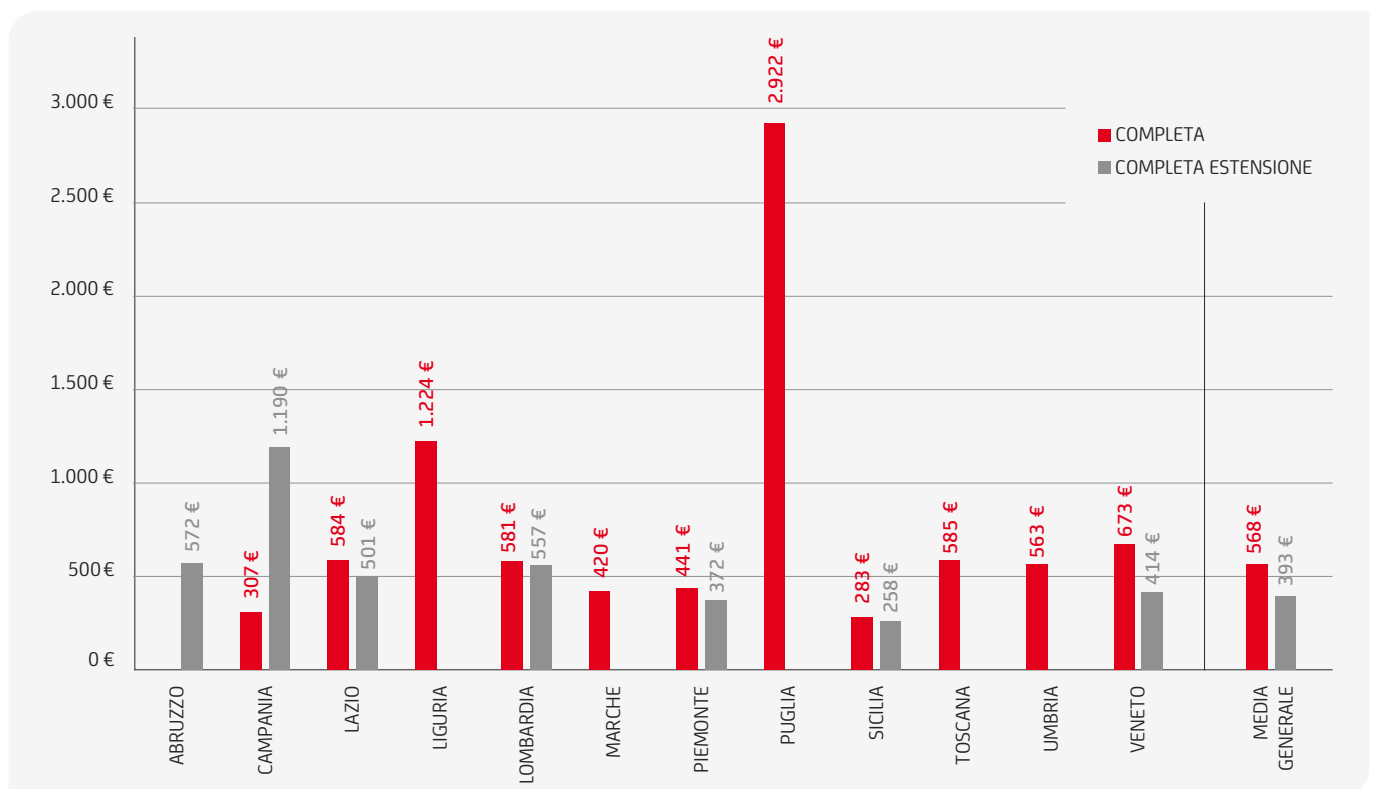
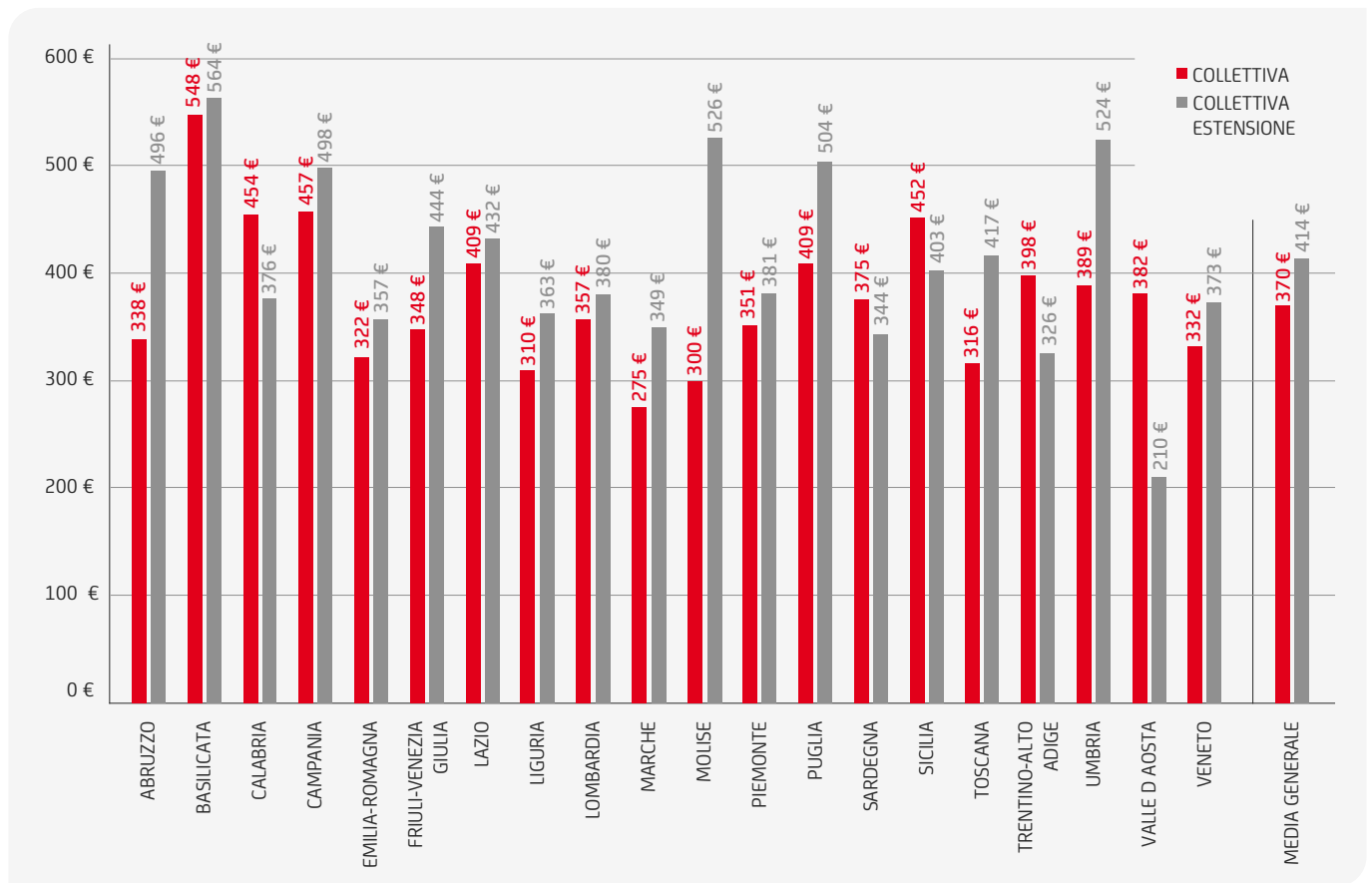
Figura 33.c - Distribuzione % del liquidato per Regione



Il grafico evidenzia come i maggiori consumi si concentrino nelle Regioni a più elevata densità di iscritti dipendenti.

RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

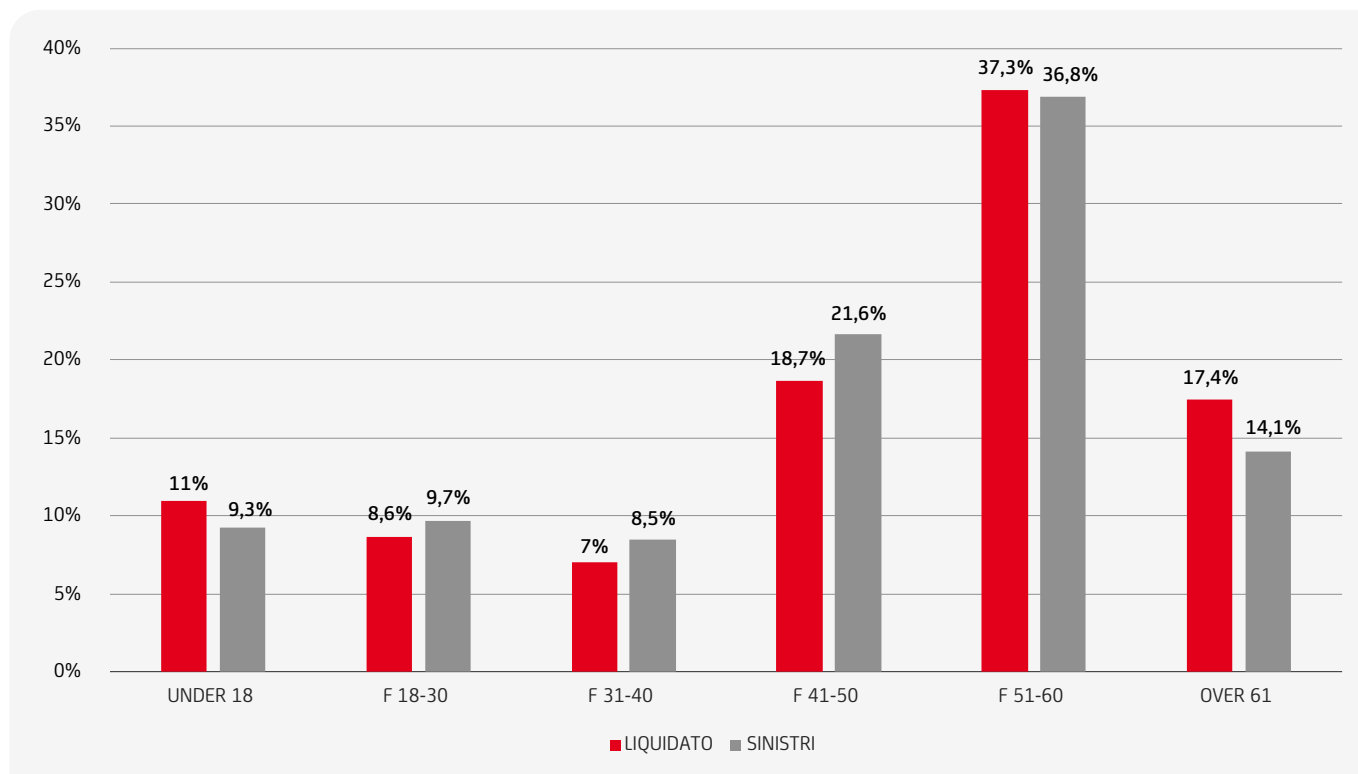
Figura 33.d - Importo medio pro-capite del liquidato per tipo di copertura



Nel secondo grafico risultano evidenziate solo le Regioni nelle quali sono stati registrati utilizzi da parte del personale dirigente. Considerate complessivamente, nel 2025 le coperture fanno registrare un liquidato medio di 393 euro.

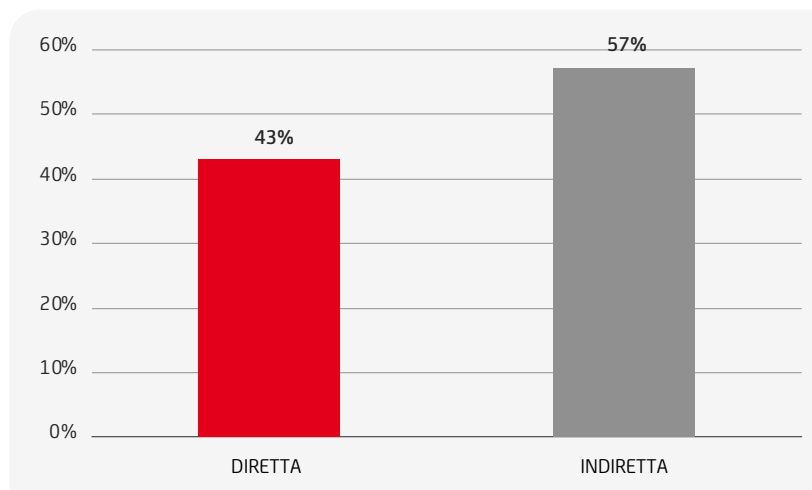
RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

Figura 33.e - Distribuzione % del liquidato e del numero di sinistri per fasce di età



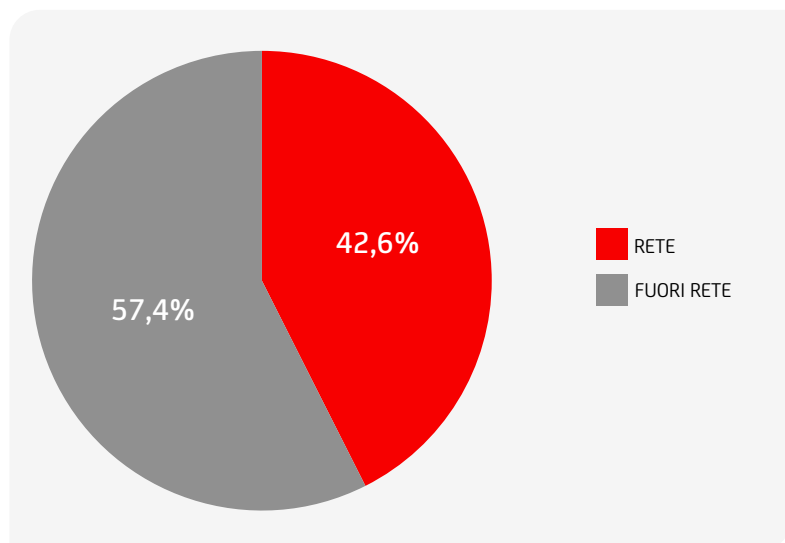
L'andamento dei consumi in funzione dell'età degli utilizzatori è sostanzialmente analogo a quanto registrato per le coperture di base non odontoiatriche: gli utilizzi maggiori si registrano per gli iscritti con età più elevata in funzione delle maggiori esigenze sanitarie, mentre per la fascia di età adolescenziale gli utilizzi si concentrano in prevalenza sulle prestazioni di ortognatodonzia e di igiene orale.

Figura 33.f - Modalità di accesso alle prestazioni- Confronto in % di sinistri



RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

Figura 33.g - Modalità di accesso alle prestazioni - Confronto in % di utilizzatori



Le tabelle 33f e 33g confermano la prevalenza di accesso alle prestazioni in forma indiretta, sia in termini di sinistri sia di utilizzatori. Tale tendenza risulta in lieve, ma costante crescita a partire dal 2022, come evidenziato nella tabella 33h.

Tabella 33h - Tipologia di accesso alle prestazioni: confronto negli anni

Anno	% di utilizzatori in forma diretta	% del liquidato in forma diretta	% di utilizzatori in forma indiretta	% del liquidato in forma indiretta
2022	50,7%	52,2%	49,3%	47,8%
2023	51,0%	52,2%	49,0%	47,8%
2024	49,3%	48,0%	50,7%	52,0%
2025	48,9%	49,2%	51,1%	50,8%

Tabella 33i - Importi medi di liquidato e % media di rimborso per tipologia di accesso

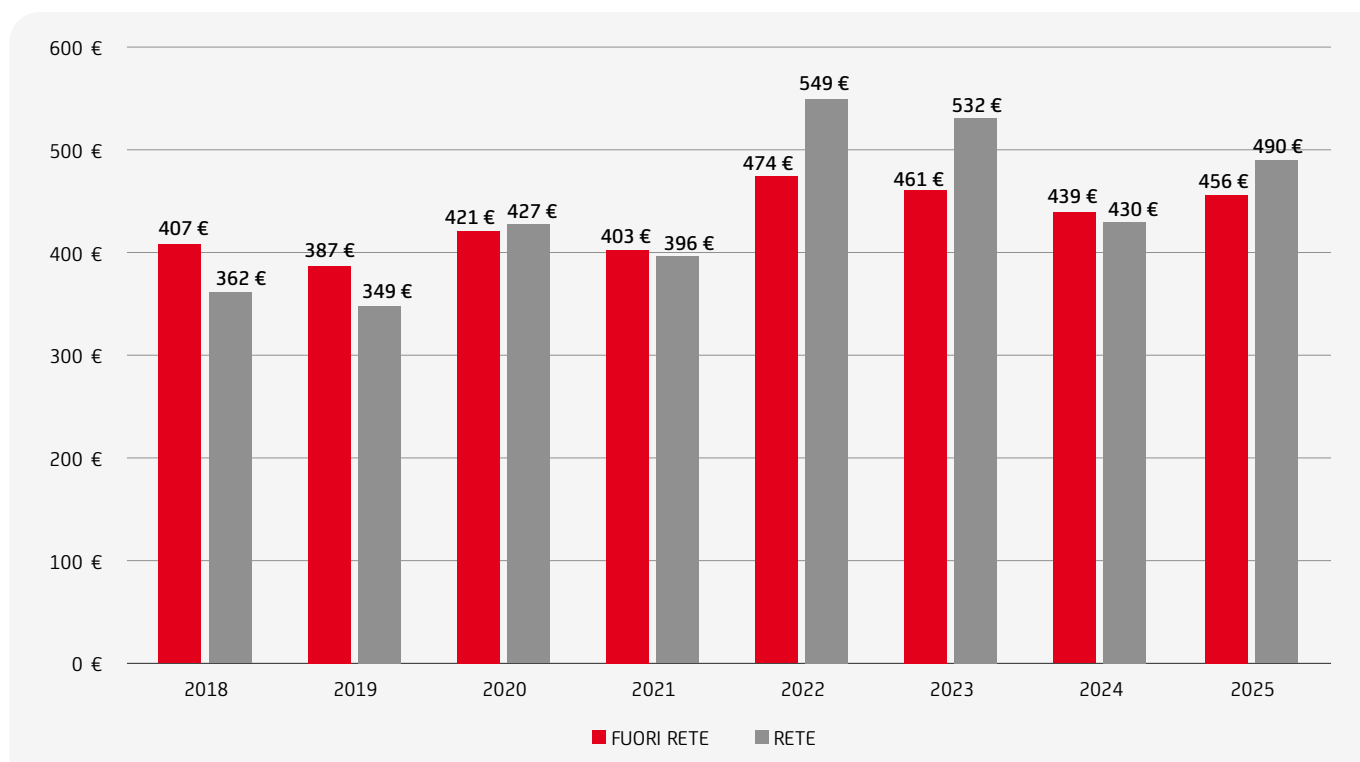
Tipo di accesso	Importo medio di fatturato per nucleo	Importo medio di liquidato per nucleo	% media di rimborso
Forma Diretta	633€	490€	77%
Forma Indiretta	769€	456€	59%

La tabella evidenzia un'ottima percentuale di rimborso mediante utilizzo della forma diretta, pari mediamente al 77%, che conferma il livello elevato del complessivo sistema di coperture odontoiatriche offerte agli iscritti; sebbene inferiore, comunque positivo l'analogo dato riferito ai consumi in forma indiretta, su cui incide il maggior "peso" delle franchigie e scoperti previsti nei singoli piani di copertura. La tabella conferma, a livello di liquidato medio, il maggior rimborso legato all'accesso in forma diretta.

RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

A livello di liquidato medio, la tabella seguente conferma, in generale, il maggior rimborso legato all'accesso in forma diretta.

Figura 33.I - **Confronto del liquidato medio per nucleo tra rete e fuori rete**



Elaborazione tabelle su dati forniti da Aon. Non viene considerata la polizza Denti Treviso gestita da Generali S.p.A.

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

Nel 2025, non avendo rilevato sinistri in contestazione, non sono stati effettuati interventi da parte del Direttore nell'ambito delle deleghe assegnate.

Non si è ancora concluso l'unico contenzioso civile, di primo grado, che vede coinvolta la Cassa ma non come parte attrice.

La sostanziale assenza di contenzioso, a 19 anni dall'avvio dell'attività, è un punto di forza dell'Associazione, a testimonianza della qualità del servizio reso e delle coperture offerte, nonché dell'efficacia delle procedure di gestione di eventuali reclami.



RELAZIONE SULLA GESTIONE » CONTINUA

10 L'applicazione del DM Sacconi

Per il 2025, 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 27,53%, al di sopra dunque del limite del 20% previsto dal citato decreto e vincolante ai fini della deducibilità fiscale dei contributi versati dagli iscritti.

Tabella 32 - Prestazioni sanitarie vincolate ai sensi del DM Sacconi (in €)

	Risorse impegnate	Importi compliant di dettaglio	Importi compliant totali	% prestazioni compliant
COPERTURE ODONTOIATRICHE IN AUTOASSICURAZIONE	11.058.682	-	11.058.682	100%
POLIZZE A CONTENUTO NON ESCLUSIVAMENTE DENTARIO	74.840.898	-	10.033.460	13,41%
Prestazioni Sociali a rilevanza Sanitaria	-	39.005	-	0,05%
Prestazioni Sanitarie a rilevanza Sociale	-	7.342.649	-	9,81%
Prestazioni finalizzate al recupero della Salute	-	2.395.194	-	3,20%
Prestazioni di Assistenza Odontoiatrica	-	256.612	-	0,34%
LONG TERM CARE (CASDIC)	3.529.800	-	3.529.800	100%
TOTALE	89.429.380	-	24.621.942	-
RAPPORTO FRA PRESTAZIONI COMPLIANT E RISORSE IMPEGNATE	-	-	27,53%	-

11 Le attività istituzionali

“**Cruscotto delle prestazioni sanitarie**”

Lo strumento per la raccolta dati sulle prestazioni erogate dai fondi integrativi

Nel corso del 2025 sono proseguiti i lavori riguardanti il progetto del “Cruscotto delle prestazioni sanitarie” gestito dall’Anagrafe dei fondi sanitari, con l’obiettivo di perfezionare la raccolta dati sulle prestazioni erogate dai fondi integrativi.

L’implementazione del “Cruscotto”, già avviata da diversi anni, è proseguita in forma sperimentale così come è proseguito il confronto e le attività di coordinamento tecnico che coinvolgono

i fondi sanitari con Mefop, per allineare le prestazioni del Cruscotto agli standard nazionali.

Anche nel 2025 è proseguita la collaborazione con Mefop e con l’Osservatorio Consumi Privati in Sanità (OCPS) del CeRGAS- SDA Bocconi di Milano.



Il 2025 rappresenta un anno di consolidamento tecnico del Cruscotto, mirato a garantire il monitoraggio puntuale delle prestazioni dei fondi sanitari integrativi, in coerenza con le norme sulla deducibilità dei contributi.



12 Il 2026: attività relative al 1° trimestre

Nel primo trimestre del 2026, i lavori della Cassa vertono:



sulle attività connesse all'avvio dei nuovi Piani sanitari biennali, ivi compreso il completamento delle adesioni per le annualità 2026-2027 riguardanti i pensionati, i superstiti, gli esodati e il personale lungo assente, ossia tutti coloro che non hanno effettuato l'adesione attraverso la modalità on-line nel mese di dicembre 2025



sulle attività correlate all'insediamento dei rinnovati Organi sociali



sulla predisposizione del bilancio di esercizio 2025



sulle attività propedeutiche al rinnovo della Campagna di prevenzione



sui lavori di aggiornamento ed allineamento legati al Cruscotto delle prestazioni sanitarie



Bilancio al 31 dicembre 2025

BILANCIO AL 31 DICEMBRE 2025**13 Stato Patrimoniale al 31 dicembre 2025**

Attività	31.12.2025	31.12.2024	Variazione
Crediti per attività tipica	1.735.520	68.405	1.667.115
v/Aziende Gruppo Unicredit (per dipendenti iscritti)	66.663	64.586	2.077
v/Aziende convenzionate (per dipendenti iscritti)	-	873	-873
v/Pensionati	-	2.946	-2.946
v/Compagnia assicuratrice	1.668.857	-	1.668.857
Disponibilità liquide	62.717.476	63.475.612	-758.136
Cassa e altri valori	30	26	4
Depositi bancari	62.717.446	63.475.586	-758.140
TOTALE ATTIVO	64.452.996	63.544.017	908.979

Passività	31.12.2025	31.12.2024	Variazione
Fondi di riserva	45.857.231	45.780.325	76.906
Eccedenze / carenze dell'esercizio	76.906	17.520	59.386
Eccedenze / carenze esercizi precedenti	45.771.228	45.753.708	17.520
Patrimonio residuo fondo sanitario ex Bipop Carire	9.097	9.097	-
Fondi per Campagne sanitarie	6.611.124	9.846.979	-3.235.855
Fondi per Campagne sanitarie	6.611.124	9.846.979	-3.235.855
Fondi per rischi ed oneri	8.400	8.400	-
Fondo per cause legali	8.400	8.400	-
Fondo per "Richieste di contributo straordinario"	61.800	63.100	-1.300
Fondo per "Richieste di contributo straordinario"	61.800	63.100	-1.300
"Passività su coperture odontoiatriche in autoassicurazione"	11.270.210	7.654.175	3.616.035
Fondo Riserve tecniche per autoassicurazioni	7.600.000	4.000.000	3.600.000
Debiti v/assistiti per coperture odontoiatriche	3.670.210	3.654.175	16.035
Debiti per attività tipica	317.854	150.852	167.002
Debiti v/aziende Gruppo Unicredit	-	2.400	-2.400
V/compagnie per premi assicurativi	317.854	148.452	169.402
Debiti diversi	38.377	40.186	-1.809
Fornitori per servizi ricevuti	38.377	40.186	-1.809
Debiti tributari	-	-	-
Debiti v/Erario	-	-	-
Ratei e risconti passivi	288.000	-	-
Risconti passivi	288.000	-	-
TOTALE PASSIVO	64.452.996	63.544.017	620.979

BILANCIO AL 31 DICEMBRE 2025 » CONTINUA

14 Conto Economico per l'esercizio 2025

Costi	2025	2024	Variazione
Oneri per attività assistenziale	83.383.574	85.210.103	-1.826.529
Premi assicurativi alle compagnie	66.310.980	65.428.720	882.260
Costi per autoassicurazioni	11.283.049	11.202.304	80.745
Acc. a riserve tecniche per autoassicuraz.	-	1.000.000	-1.000.000
Costi per la gestione sinistri	410.645	505.722	-95.077
Accantonamenti per Campagne sanitarie	5.300.000	7.070.000	-1.770.000
Accantonamenti per "Richieste di contributo straordinario"	6.900	2.800	4.100
Costi per servizio di Telemedicina	72.000	-	72.000
Oneri vari	-	557	-557
Oneri finanziari	367	513	-146
Commissioni e spese banca	367	513	-146
Oneri diversi	6.193	9.433	-3.240
Sopravvenienze passive	6.193	9.433	-3.240
Oneri di amministrazione	93.494	132.062	-38.568
Compensi professionali	50.999	80.840	-29.841
Varie	42.495	51.222	-8.727
TOTALE COSTI	83.483.628	85.352.111	-1.868.483
ECCEDENZE ESERCIZIO	76.906	17.520	59.386
TOTALI	83.560.535	85.369.631	-1.809.096

Ricavi	2025	2024	Variazione
Contributi per attività assistenziale	81.772.651	82.712.394	-939.743
A carico azienda	50.705.359	52.442.833	-1.737.474
A carico assistito	30.995.292	30.269.561	725.731
Contributi per Telemedicina	72.000	-	72.000
Proventi finanziari	1.781.710	2.614.362	-832.652
Interessi attivi	1.781.710	2.614.362	-832.652
Altri proventi	6.174	42.875	-36.701
Penali e recuperi spese	5.713	5.558	155
Recupero oneri vari e sopravvenienze attive	461	37.317	-36.856
TOTALE RICAVI	83.560.535	85.369.631	-1.809.096
CARENZE ESERCIZIO	-	-	-
TOTALI	83.560.535	85.369.631	-1.809.096

BILANCIO AL 31 DICEMBRE 2025 » CONTINUA

Sezione dipendenti

Costi	2025	2024	Variazione
Oneri per attività assistenziale	63.400.165	66.797.300	-3.397.135
Premi assicurativi alle compagnie	47.807.638	48.873.481	-1.065.843
Costi per autoassicurazioni	11.283.049	11.202.304	80.745
Acc. a riserve tecniche per autoassicuraz.	-	1.000.000	-1.000.000
Costi per la gestione sinistri	390.508	458.814	-68.306
Accantonamenti per Campagne sanitarie	3.841.970	5.260.787	-1.418.817
Accantonamenti per "Richieste di contributo straordinario"	5.000	1.500	3.500
Costi per servizio di Telemedicina	72.000	-	72.000
Oneri vari	-	414	-414
Oneri finanziari	266	382	-116
Commissioni e spese banca	266	382	-116
Oneri diversi	-	433	-433
Sopravvenienze passive	-	433	-433
Oneri per donazioni ed erogazioni liberali	-	-	-
Oneri di amministrazione	67.774	98.267	-30.493
Compensi professionali	36.969	60.153	-23.184
Varie	30.805	38.114	-7.309
TOTALE COSTI	63.468.205	66.896.382	-3.428.177
ECCEDENZE ESERCIZIO	434.334	-	434.334
TOTALI	63.902.539	66.896.382	-2.993.843

Ricavi	2025	2024	Variazione
Contributi per attività assistenziale	62.610.644	64.706.005	-2.095.361
A carico azienda	50.705.359	52.442.833	-1.737.474
A carico assistito	11.833.285	12.263.172	-429.887
Contributi per Telemedicina	72.000	-	72.000
Proventi finanziari	1.291.561	1.945.347	-653.786
Interessi attivi	1.291.561	1.945.347	-653.786
Altri proventi	334	28.688	-28.354
Penali e recuperi spese	-	920	-920
Ecceденze fondi esercizi precedenti	-	-	-
Recupero oneri vari e sopravvenienze attive	334	27.768	-27.434
TOTALE RICAVI	63.902.539	66.680.040	-2.777.501
CARENZE ESERCIZIO	-	216.342	-216.342
TOTALI	63.902.539	66.896.382	-2.993.843

BILANCIO AL 31 DICEMBRE 2025 » CONTINUA

Sezione pensionati

Costi	2025	2024	Variazione
Oneri per attività assistenziale	19.983.409	18.412.803	1.570.606
Premi assicurativi alle compagnie	18.503.342	16.555.239	1.948.103
Costi per autoassicurazioni	-	-	-
Acc. a riserve tecniche per autoassicuraz.	-	-	-
Costi per la gestione sinistri	20.137	46.908	-26.771
Accantonamenti per Campagne sanitarie	1.458.030	1.809.213	-351.183
Accantonamenti per "Richieste di contributo straordinario"	1.900	1.300	600
Costi per servizio di Telemedicina	-	-	-
Oneri vari	-	143	-143
Oneri finanziari	101	131	-30
Commissioni e spese banca	101	131	-30
Oneri diversi	6.193	9.000	-2.807
Sopravvenienze passive	6.193	9.000	-2.807
Oneri per donazioni ed erogazioni liberali	-	-	-
Oneri di amministrazione	25.720	33.795	-8.075
Compensi professionali	14.030	20.687	-6.657
Varie	11.690	13.108	-1.418
TOTALE COSTI	20.015.423	18.455.729	1.559.694
ECCEDENZE ESERCIZIO	-	233.862	-233.862
TOTALI	20.015.423	18.689.591	1.325.832

Ricavi	2025	2024	Variazione
Contributi per attività assistenziale	19.162.007	18.006.389	1.155.618
A carico assistito	19.162.007	18.006.389	1.155.618
Contributi per Telemedicina	-	-	-
Proventi finanziari	490.148	669.015	-178.867
Interessi attivi	490.148	669.015	-178.867
Altri proventi	5.840	14.187	-8.347
Penali e recuperi spese	5.713	4.638	1.075
Ecceденze fondi esercizi precedenti	-	-	-
Recupero oneri vari e sopravvenienze attive	127	9.549	-9.422
TOTALE RICAVI	19.657.995	18.689.591	968.404
CARENZE ESERCIZIO	357.428	-	357.428
TOTALI	20.015.423	18.689.591	1.325.832

BILANCIO AL 31 DICEMBRE 2025 » CONTINUA

15 Nota Integrativa per l'esercizio 2025

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



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 2025, diciannovesimo esercizio di attività dell'Associazione, chiude con una eccedenza di bilancio di € 76.906 (€17.520 nel 2024) 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.

76.906 €

**Eccedenza di bilancio a chiusura
dell'esercizio 2025**

+59.386 € rispetto al 2024

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



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 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.

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

Fondi per rischi ed oneri sono costituiti per le eventuali necessità derivanti da sinistri in contestazione, da cause legali e a fronte di oneri di natura determinata, di esistenza certa o probabile, connessi a obbligazioni già assunte alla data di bilancio, ma che avranno manifestazione numeraria negli esercizi successivi.

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 pensionati/superstiti relativamente ai pensionati stessi ed eventuali 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.

BILANCIO AL 31 DICEMBRE 2025 » CONTINUA**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.

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.

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.

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.

BILANCIO AL 31 DICEMBRE 2025 » CONTINUA

Informazioni sullo Stato Patrimoniale e sul Conto Economico

Attività

Attività	31.12.2025	31.12.2024	Variazione
Crediti per attività tipica	1.735.520	68.405	1.667.115
v/Aziende Gruppo Unicredit (per dipendenti iscritti)	66.663	64.586	2.077
v/Aziende convenzionate (per dipendenti iscritti)	-	873	-873
v/Pensionati	-	2.946	-2.946
v/Compagnia assicuratrice	1.668.857	-	1.668.857

La voce accoglie il valore dei crediti nei confronti di Aziende del Gruppo UniCredit (**€ 66.663**), per contribuiti e recuperi di spesa integralmente riferibili all'esercizio 2025 che sono stati accreditati o in via di accreditamento all'inizio dell'anno 2026. I crediti v/Compagnia assicuratrice (**€ 1.668.857**) sono interamente riferiti alla clausola di partecipazione agli utili prevista con riferimento all'appendice alla polizza assicurativa concernente la campagna di check up, comunicati dalla compagnia di assicurazione, che sono stati incassati nel mese di gennaio 2026.

Attività	31.12.2025	31.12.2024	Variazione
Disponibilità liquide	62.717.476	63.475.612	-758.136
Cassa e altri valori	30	26	4
Depositi bancari	62.717.446	63.475.586	-758.140

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

Passività	31.12.2025	31.12.2024	Variazione
Fondi di riserva	45.857.231	45.780.325	76.906
Eccedenze / carenze dell'esercizio	76.906	17.520	59.386
Eccedenze / carenze esercizi precedenti	45.771.228	45.753.708	17.520
Patrimonio residuo fondo sanitario ex Bipop Carire	9.097	9.097	-

Ammontano ad **€ 45.857.231** e rappresentano:

- > per € 76.906 l'eccedenza dell'esercizio.
- > per € 45.771.228 le eccedenze degli esercizi precedenti.
- > per € 9.097 il residuo patrimonio confluito all'Associazione conseguente allo scioglimento del Fondo sanitario ex Bipop (FAP).

BILANCIO AL 31 DICEMBRE 2025 » CONTINUA

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 2025	-	45.771.228	9.097	45.780.325
Accantonamenti ai fondi	-	-	-	-
Utilizzi/trasferimenti dei fondi	-	-	-	-
Eccedenza dell'esercizio	76.906	-	-	76.906
Saldo al 31/12/2025	76.906	45.771.228	9.097	45.857.231

Passività	31.12.2025	31.12.2024	Variazione
Fondi per campagne sanitarie	6.611.124	9.846.979	-3.235.855

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

La diminuzione del fondo si riferisce all'utilizzo correlato allo svolgimento della campagna di check up 2024/25.

Passività	31.12.2025	31.12.2024	Variazione
Fondi per rischi ed oneri	8.400	8.400	-
Fondo per cause legali	8.400	8.400	-

Il fondo per cause legali è relativo ad accantonamenti prudenziali concernenti una vertenza in corso, già definita in primo grado favorevolmente, per la quale il ricorrente ha avanzato appello.

Passività	31.12.2025	31.12.2024	Variazione
Fondo per "Richieste di contributo straordinario"	61.800	63.100	-1.300
Fondo per "Richieste di contributo straordinario"	61.800	63.100	-1.300

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.

BILANCIO AL 31 DICEMBRE 2025 » CONTINUA

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 2025	9.846.979	8.400	63.100	4.000.000	13.918.479
Accantonamenti ai fondi	5.300.000	-	6.900	3.600.000	8.906.900
Utilizzi/trasferimenti dei fondi	-8.535.854	-	-8.200	-	-8.544.054
Eccedenza fondi	-	-	-	-	-
Eccedenza dell'esercizio	-	-	-	-	-
Saldo al 31/12/2025	6.611.124	8.400	61.800	7.600.000	14.281.324

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 € 3.600.000 di contributo straordinario una-tantum, imputati esclusivamente alla sezione dipendenti.

Passività	31.12.2025	31.12.2024	Variazione
"Passività su coperture odontoiatriche in autoassicurazione"	11.270.210	7.654.175	3.616.035
Fondo Riserve tecniche per autoassicurazioni	7.600.000	4.000.000	3.600.000
Debiti v/assistiti per coperture odontoiatriche	3.670.210	3.654.175	16.035

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:

- > € 7.600.000 dal Fondo Riserve tecniche per la quota di potenziale rischio futuro;
- > € 3.670.210 dai debiti nei confronti delle strutture sanitarie/medici (cd. prestazioni in forma diretta) e nei confronti degli assistiti (cd. prestazioni in forma indiretta).

Passività	31.12.2025	31.12.2024	Variazione
Debiti per attività tipica	317.854	150.852	167.002
Debiti v/aziende Gruppo Unicredit	-	2.400	-2.400
V/compagnie per premi assicurativi	317.854	148.452	169.402

Il debito verso le Compagnie di **€ 317.854** è riferibile al conguaglio dei premi assicurativi di competenza dell'anno ancora da versare.

Passività	31.12.2025	31.12.2024	Variazione
Debiti diversi	38.377	40.186	-1.809
Fornitori per servizi ricevuti	38.377	40.186	-1.809

I debiti diversi sono costituiti da debiti verso fornitori, inclusi i professionisti a cui sono state affidate consulenze esterne, per servizi ricevuti e non ancora fatturati per un importo pari ad **€ 38.377**.

BILANCIO AL 31 DICEMBRE 2025 » CONTINUA

Passività	31.12.2025	31.12.2024	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 nel mese di dicembre a professionisti per servizi resi. Nel 2025 non ci sono ritenute da versare nell'anno successivo.

Passività	31.12.2025	31.12.2024	Variazione
Ratei e risconti passivi	288.000	-	288.000
Risconti passivi	288.000	-	288.000

I risconti passivi sono riferiti interamente al costo del servizio di telemedicina di competenza dell'esercizio futuro.

Premesso che il Conto Economico è suddiviso in due distinte sezioni in base alla tipologia di assistiti a cui si riferiscono i costi e ricavi da cui è formato, ad eccezione degli oneri sostenuti c/terzi ed i relativi recuperi, le relative informazioni verranno fornite per voce, facendo seguito con i dati esposti a livello generale e successivamente da quelli delle due sezioni.

Costi

Oneri per attività assistenziale

Sono le spese sostenute inerenti l'attività propria dell'associazione, ammontano ad **€ 83.671.574** (dipendenti € 63.400.165 pensionati € 19.983.409) e si suddividono come segue:

Costi	2025	2024	Variazione
Oneri per attività assistenziale	83.383.574	85.210.103	-1.826.529
Premi assicurativi alle compagnie	66.310.980	65.428.720	882.260
Costi per autoassicurazioni	11.283.049	11.202.304	80.745
Acc. a riserve tecniche per autoassicuraz.	-	1.000.000	-1.000.000
Costi per la gestione sinistri	410.645	505.722	-95.077
Accantonamenti per Campagne sanitarie	5.300.000	7.070.000	-1.770.000
Accantonamenti per "Richieste di contributo straordinario"	6.900	2.800	4.100
Costi per servizio di Telemedicina	72.000	-	72.000
Oneri vari	-	557	-557

BILANCIO AL 31 DICEMBRE 2025 » CONTINUA**Sezione dipendenti**

Costi	2025	2024	Variazione
Oneri per attività assistenziale	63.400.165	66.797.300	-3.397.135
Premi assicurativi alle compagnie	47.807.638	48.873.481	-1.065.843
Costi per autoassicurazioni	11.283.049	11.202.304	80.745
Acc. a riserve tecniche per autoassicuraz.	-	1.000.000	-1.000.000
Costi per la gestione sinistri	390.508	458.814	-68.306
Accantonamenti per Campagne sanitarie	3.841.970	5.260.787	-1.418.817
Accantonamenti per "Richieste di contributo straordinario"	5.000	1.500	3.500
Costi per servizio di Telemedicina	72.000	-	72.000
Oneri vari	-	414	-414

Sezione pensionati

Costi	2025	2024	Variazione
Oneri per attività assistenziale	19.983.409	18.412.803	1.570.606
Premi assicurativi alle compagnie	18.503.342	16.555.239	1.948.103
Costi per autoassicurazioni	-	-	-
Acc. a riserve tecniche per autoassicuraz.	-	-	-
Costi per la gestione sinistri	20.137	46.908	-26.771
Accantonamenti per Campagne sanitarie	1.458.030	1.809.213	-351.183
Accantonamenti per "Richieste di contributo straordinario"	1.900	1.300	600
Costi per servizio di Telemedicina	-	-	-
Oneri vari	-	143	-143

La voce **Premi assicurativi alle Compagnie** ammonta ad un totale di **€ 66.310.980** (dipendenti € 47.807.638 pensionati € 18.503.342) e comprende i premi di competenza dell'esercizio relativi alle polizze sanitarie stipulate con la Compagnia assicurativa.

La voce **Costi per autoassicurazioni** ammonta a **€ 11.283.049** (attribuito ai dipendenti per la sua interezza) e riguarda l'utilizzo relativo alle coperture odontoiatriche del 2025 gestite in totale autoassicurazione.

I **Costi per la gestione sinistri** di **€ 410.645** (dipendenti € 390.508, pensionati € 20.137) evidenziano i costi sostenuti per le attività di gestione dei sinistri svolte dai provider di riferimento.

La voce **Accantonamento per Campagne sanitarie**, per un totale di **€ 5.300.000** (attribuito ai dipendenti per € 3.841.970 e ai pensionati per € 1.458.030) rappresenta l'onere previsto a fronte della nuova campagna di check up.

La voce **Accantonamento per "Richieste di contributo straordinario"**, per un totale di **€ 6.900** (€ 5.000 dipendenti e € 1.900 pensionati) accoglie l'accantonamento a carico dell'esercizio relativo ad avvenuti rimborsi agli assistiti, deliberati dal Consiglio di amministrazione sulla base di quanto previsto dalla omonima policy.

Nel 2025 non sono stati contabilizzati rimborsi diretti di sinistri rientranti nelle autonomie del Direttore o deliberati dal Consiglio di Amministrazione.

Nell'esercizio non sono stati sostenuti oneri vari, nell'anno precedente erano riferiti a compensi erogati per consulenze mediche.

BILANCIO AL 31 DICEMBRE 2025 » CONTINUA

Costi	2025	2024	Variazione
Oneri finanziari	367	513	-146
Commissioni e spese banca	367	513	-146

Gli **oneri finanziari** (dipendenti € 266 pensionati € 101) sono costituiti da commissioni e spese bancarie relative ai conti correnti.

Costi	2025	2024	Variazione
Oneri diversi	6.193	9.433	-3.240
Sopravvenienze passive	6.193	9.433	-3.240

Tra gli **oneri diversi** sono state contabilizzate sopravvenienze passive per **€ 6.193** riguardanti partite straordinarie non previste, relative al mancato incasso di contributi da parte di pensionati.

Costi	2025	2024	Variazione
Oneri di amministrazione	93.494	132.062	-38.568
Compensi professionali	50.999	80.840	-29.841
Varie	42.495	51.222	-8.727

Ammontano ad **€ 93.494** e rappresentano per € 50.999 (dipendenti € 36.969 pensionati € 14.030) il costo di pareri legali, consulenze fiscali e tecniche richiesti a professionisti esterni e per € 42.495 (dipendenti € 30.805 pensionati € 11.690) 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 2025 e ammontano ad **€ 81.772.651** (dipendenti € 62.538.644, pensionati € 19.162.007 e contributi per Telemedicina € 72.000).

Ricavi	2025	2024	Variazione
Contributi per attività assistenziale	81.772.651	82.712.394	-939.743
A carico azienda	50.705.359	52.442.833	-1.737.474
A carico assistito	30.995.292	30.269.561	725.731
Contributi per Telemedicina	72.000	-	72.000

BILANCIO AL 31 DICEMBRE 2025 » CONTINUA

I contributi per attività assistenziale della sezione dipendenti riguardano versamenti effettuati dalle aziende a favore dei propri dipendenti (€ 50.705.359) e dai dipendenti stessi (€ 11.833.285) nel caso in cui abbiano aggiunto alla propria polizza i familiari non a loro carico fiscale versando direttamente il contributo stabilito.

Sono compresi € 8.852.700 di contributi versati per le coperture odontoiatriche in autoassicurazione (€ 3.312.900 a carico azienda e € 5.639.800 a carico assistiti).

I contributi ricevuti per i dipendenti si distinguono inoltre in contributi ordinari ricevuti da: Aziende del Gruppo UniCredit (€ 47.154.105) ed Aziende convenzionate (€ 338.354).

I contributi per attività assistenziale della sezione pensionati pari a € 19.162.007 sono versati unicamente dagli assistiti stessi.

Ricavi	2025	2024	Variazione
Proventi finanziari	1.781.710	2.614.362	-832.652
Interessi attivi	1.781.710	2.614.362	-832.652

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 (€ 1.291.561) e pensionati (€ 490.148). Anche nel 2025 è stato registrato un beneficio riveniente dall'andamento favorevole dei tassi di interesse.

Ricavi	2025	2024	Variazione
Altri proventi	6.174	42.875	-36.701
Penali e recuperi spese	5.713	5.558	155
Recupero oneri vari e sopravvenienze attive	461	37.317	-36.856

Tra gli **altri proventi** si registrano:

- > penali e recuperi spese per € 5.713 rinvenienti dalla regolarizzazione di iscrizioni di alcuni assistiti in quiescenza;
- > sopravvenienze attive pari a € 461 (€ 334 dipendenti e € 127 pensionati) da ricondursi alla sistemazione di poste contabili.

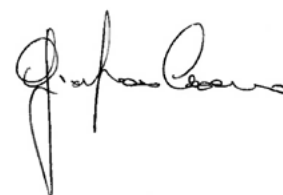
Altre informazioni

Al 31 dicembre 2025 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, 1 aprile 2026

Il Presidente
Gianfranco Cascino



Relazione del Collegio dei Revisori

RELAZIONE 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 2025, 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 2025.

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 2025, 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.

RELAZIONE DEL COLLEGIO DEI REVISORI » CONTINUA

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.

Inoltre:

- > abbiamo identificato e valutato i rischi di errori significativi nel bilancio d'esercizio, dovuti a frodi o a comportamenti o eventi non intenzionali; nonché definito e svolto procedure di revisione in risposta a tali rischi;
- > abbiamo acquisito elementi probativi sufficienti ed appropriati su cui basare il nostro giudizio;
- > abbiamo 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;
- > abbiamo valutato l'appropriatezza dei principi contabili utilizzati nonché la ragionevolezza delle stime contabili effettuate dagli amministratori, inclusa la relativa informativa;
- > 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;
- > abbiamo valutato 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;
- > abbiamo 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.

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), e-bis) ed e-ter), del D.Lgs. 39/2010

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 2025, 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 2025 e sulla conformità della stessa alle norme di legge.

A nostro giudizio, la relazione sulla gestione è coerente con il bilancio d'esercizio dell'Associazione al 31 dicembre 2025 ed è redatta in conformità alle norme di legge. Con riferimento alla dichiarazione di cui all'art. 14, comma 2, lett. e-ter), 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.

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

Nel corso dell'esercizio chiuso al 31 dicembre 2025 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. In particolare, come già ribadito nella relazione del Collegio dei Revisori al bilancio 2024, nonché nell'adunanza del CdA del 18/12/2025 il Collegio ha evidenziato alla Direzione e al Consiglio di Amministrazione il persistere di debolezze della struttura organizzativa. Nella consapevolezza dell'importante e nevralgico ruolo svolto dall'Associazione all'interno del Gruppo UniCredit nell'ambito del welfare ed in considerazione della particolarità ed esclusività dell'attività svolta, è necessario dotarsi di una struttura organizzativa più adeguata nel rispetto del turn-over del personale, avere una dimensione anche in termini numerici consona, 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. Pertanto, ad avviso di questo Collegio è ormai improcrastinabile un adeguamento delle risorse adette alla contabilità, atteso che deve essere in ogni caso garantita la normale attività contabile dell'Associazione.

Rimane altresì necessario e non più procrastinabile l'adozione di un sistema contabile adeguato alle dimensioni ed alla complessità dell'Associazione affinché sia garantita un'attività ordinata e conforme alla normativa.

In tale ottica, l'adozione di un sistema amministrativo-contabile maggiormente rispondente alla realtà di riferimento è opportuna 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. 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 e che il tema è stato evidenziato nella precedente relazione.

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 27,53%, 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 2025 è proseguita la partecipazione dell'Associazione al gruppo di sperimentazione delle Casse e Fondi sanitari per i lavori relativi al "Cruscotto delle prestazioni sanitarie".

Non sono state riscontrate violazioni del Modello Organizzativo, né sono state ricevute segnalazioni da parte dei destinatari del Modello stesso e/o da terzi soggetti.

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.

Non sono state presentate denunce al Tribunale ex art. 2409 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.

RELAZIONE DEL COLLEGIO DEI REVISORI » CONTINUA

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 5 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:

Gestione dell'esercizio	2025	2024	Variazione
Attività	64.452.996	63.544.017	908.979
Fondi di riserva	(45.857.231)	(45.780.325)	(76.906)
Contributi per attività assistenziale	81.772.651	82.712.394	(939.743)
Oneri per attività assistenziali	(83.383.574)	(85.210.103)	(1.826.529)
Eccedenza di esercizio	76.906	17.520	59.386

Degli accadimenti del 2025 è stata data ampia rappresentazione nella relazione sulla gestione, confermando il giudizio positivo sull'attività specifica dell'Associazione.

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

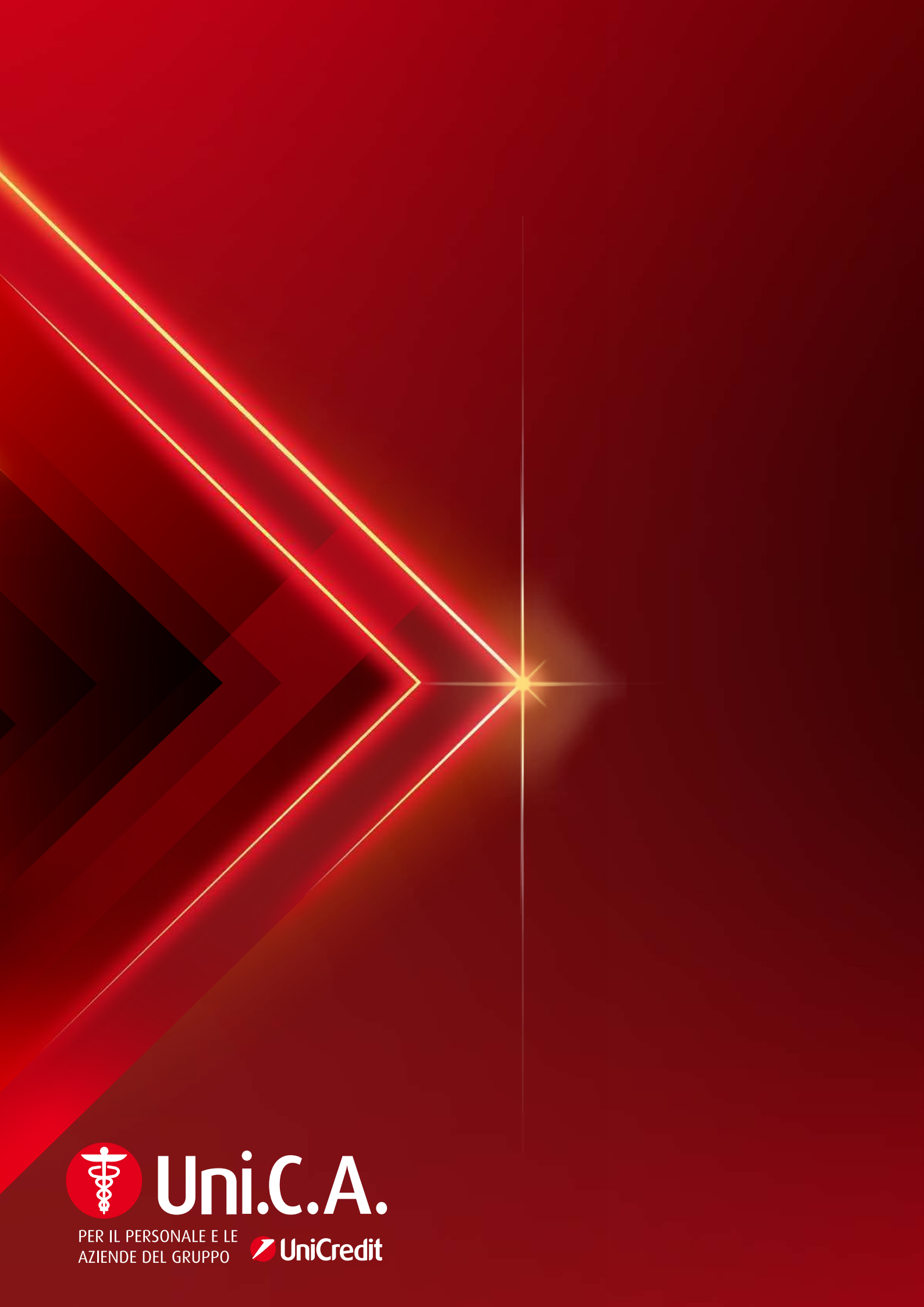
Considerando le risultanze dell'attività da noi svolta, non rileviamo motivi ostativi all'approvazione, da parte degli Iscritti, del bilancio chiuso al 31 dicembre 2025 e alla relativa proposta di destinazione del risultato, così come redatto dal Consiglio di Amministrazione.

Per Il Collegio dei Revisori:

Claudio Aloisi - Presidente del Collegio



Milano, 10 aprile 2026



Uni.C.A.

PER IL PERSONALE E LE
AZIENDE DEL GRUPPO

