



SANIMODA

FONDO ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

ASSEMBLEA

dei delegati

2025

WWW.SANIMODA.IT

INDICE DOCUMENTAZIONE

1. Convocazione Assemblea dei Delegati	5
2. Bilancio consuntivo al 31 dicembre 2024	7
3. Nota integrativa 31 dicembre 2024	11
4. Relazione sulla Gestione al 31 dicembre 2024	33
5. Relazione della Società di Revisione	107
6. Relazione del Collegio Sindacale	111
7. Bilancio Preventivo 2025	119

CONVOCAZIONE ASSEMBLEA DEI DELEGATI

• • • • •

Convocazione Assemblea Ordinaria di Sanimoda

I Signori Delegati sono convocati in Assemblea ordinaria e straordinaria in prima convocazione in data 30 aprile 2025 alle ore 22:00 e in seconda convocazione in data **6 maggio 2025 alle ore 16:00** in videoconferenza dalla Sede del Fondo, per discutere il seguente ordine del giorno:

PARTE STRAORDINARIA

1. Modifiche statutarie

PARTE ORDINARIA

1. Nomina Segretario dell'Assemblea parte ordinaria
2. Comunicazioni del Presidente
3. Bilancio 2024 relazione sulla gestione, relazione del Collegio dei Sindaci e relazione Società di Revisione: esame e approvazione
4. Bilancio preventivo 2025: esame ed approvazione
5. Elezione dei membri del Consiglio di Amministrazione e determinazione dei compensi
6. Elezione dei membri del Collegio dei Sindaci e determinazione dei compensi
7. Proposta di incarico motivata della società di revisione – triennio 2025-27
8. Varie ed eventuali

L'Assemblea si svolgerà esclusivamente mediante mezzi di telecomunicazione che garantiranno l'identificazione dei partecipanti, la loro partecipazione e l'esercizio del diritto di voto, senza in ogni caso la necessità che si trovino nel medesimo luogo il presidente e il segretario, come consentito dalla legge di conversione del decreto Milleproroghe (D.L. n. 202/2024) Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 45 del 24 febbraio 2025.

In caso di impossibilità a partecipare è necessario compilare ed inviare via mail al seguente indirizzo info@sanimoda.it il modulo di delega allegato alla presente.

Cogliamo l'occasione per porgere i nostri più cordiali saluti.

Milano, 14 aprile 2025

Sanimoda
Il Presidente
Maurizio Bertona



BILANCIO CONSUNTIVO

AL 31 DICEMBRE 2024

.....

STATO PATRIMONIALE

ATTIVO	31/12/24	31/12/23
B Immobilizzazioni	131.306	124.144
B.I Immobilizzazioni immateriali	106.611	88.591
B.II Immobilizzazioni materiali	24.695	35.553
C Attivo circolante	27.317.037	22.885.081
C.II Crediti	765.085	79
C.II bis Crediti relativi alla gestione assicurativa	86.849	86.849
B.3 Fondo svalutazione crediti relativi alla gestione assicurativa	(86.849)	(86.849)
C.III Attività finanziarie	8.987.791	8.837.791
C.IV Disponibilità liquide	17.564.161	14.047.211
D Ratei e risconti attivi	55.869	45.270
D.1 Ratei e risconti attivi	55.869	45.270
TOTALE ATTIVO	27.504.212	23.054.495

STATO PATRIMONIALE

PASSIVO	31/12/24	31/12/23
A Patrimonio	18.042.878	14.191.850
I Fondo di dotazione	15.365.422	12.998.838
IX Avanzo di Gestione dell'esercizio	2.677.456	1.193.012
C Trattamento di fine rapporto di lavoro subordinato	-	-
C.1 Trattamento di fine rapporto di lavoro subordinato	-	-
D Debiti	9.461.334	8.862.645
D.6 Debiti verso fornitori	113.860	209.182
D.11 Debiti tributari	32.542	
D.12 Debiti per contributi previdenziali	50.698	35.686
D.13 Altri debiti relativi al personale dipendente	63.123	52.019
D.13 BIS Debiti relativi alla gestione assicurativa	9.201.111	8.545.363
TOTALE PASSIVO	27.504.212	23.054.495

BILANCIO CONSUNTIVO
AL 31 DICEMBRE 2024

.....

CONTO ECONOMICO

	31/12/24	31/12/23
A Valore della produzione	40.187.129	36.536.745
A.1 Contributi a copertura oneri amministrativi	2.316.823	2.104.930
A.2 Contributi per quote d'iscrizione	1.116.333	2.057.572
A.1 bis Contributi Associativi	35.976.315	32.374.243
A.5 Proventi diversi	777.658	-
B Costi della produzione	(2.179.391)	(3.018.746)
B.7 Per Servizi	(571.257)	(538.185)
B.8 Per godimento beni di terzi	-	-
B.9 Per il personale	(443.519)	(382.615)
B.10 Ammortamenti e svalutazioni	(47.978)	(35.958)
B.12 Accantonamento a Fondo Svalutazione Crediti relativi alla gestione assicurativa	-	-
B.13 Accantonamento a Fondo di Dotazione	(1.116.333)	(2.057.572)
B.14 Oneri e proventi diversi di gestione	(304)	(4.416)
B.Bis Prestazioni Sanitarie	(35.976.315)	(32.374.244)
B.1 bis Prestazioni Dirette	-	-
B.2 BIS Premi per prestazioni sanitarie indirette	(35.976.315)	(32.374.244)
Differenza tra valore e costi della produzione	2.031.423	1.143.755
C Proventi e oneri finanziari	657.722	61.255
C.16 Interessi e Cedole	678.036	77.124
C.17 Ritenute fiscali e oneri finanziari	(170.314)	(15.869)
C.18 Riconoscimento di ripristini di valore su attività finanziarie correnti	150.000	-
C.19 Svalutazioni di titoli iscritti nell'attivo circolante che non costituiscono immobilizzazioni finanziarie	-	-
Risultato prima delle imposte	2.689.145	1.205.010
22 Imposte	(11.689)	(11.998)
E.22 Imposte correnti	(11.689)	(11.998)
E.23 Imposte esercizi precedenti	-	-
23 Avanzo di gestione	2.677.456	1.193.012
E.26 Avanzo di gestione	2.677.456	1.193.012
TOTALE CONTO ECONOMICO DELL'ESERCIZIO	-	-

Milano, 27 marzo 2025

Sanimoda
Il Presidente
Maurizio Bertona



ASSEMBLEA DEI DELEGATI

2025



NOTA INTEGRATIVA

31 DICEMBRE 2024

• • • • •

INFORMAZIONI GENERALI

Il Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa per i lavoratori dell'industria della moda, in forma abbreviata "SANIMODA", è stato costituito con atto pubblico il 28 luglio 2017, in attuazione di quanto previsto dall'art. 80 del CCNL Tessile e Abbigliamento Moda, sottoscritto il 5 luglio 2017.

SANIMODA assume la forma giuridica di associazione non riconosciuta ed è costituito ai sensi degli articoli 36 e seguenti del Codice civile.

Il Fondo ha lo scopo esclusivo di garantire trattamenti integrativi di assistenza sanitaria e socio-sanitaria ai propri iscritti e non ha scopo di lucro. La missione di SANIMODA è erogare prestazioni sanitarie integrative al Servizio Sanitario Nazionale previste dai Piani Sanitari in vigore, secondo i principi contenuti nel Regolamento. La fruizione delle prestazioni avviene in forma diretta, accedendo alle strutture convenzionate, ovvero in forma indiretta, restituendo parte delle spese sostenute direttamente dagli iscritti.

Sono iscritti al Fondo, in qualità di Associati, i lavoratori dipendenti a tempo indeterminato, con contratto di apprendistato o contratto a termine secondo quanto indicato dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro che aderiscono a SANIMODA di seguito elencati:

- Tessile e Abbigliamento;
- Calzature;
- Pelletteria;
- Occhiali e occhialeria;
- Spazzole, Pennelli e Scope;
- Penne, Matite e articoli affini;
- Giocattoli e modellismo;
- Concerie Industriali

L'iscrizione dei lavoratori è obbligatoria, finanziata con il contributo indicato dai CCNL unicamente a carico delle aziende, secondo le modalità e con gli effetti previsti dal Regolamento del Fondo stesso.

Le aziende hanno il compito di iscrivere i propri dipendenti, aggiornarne lo stato e contribuire per chi è in forza al primo giorno di ogni trimestre.

Per ulteriori informazioni si rimanda alla Relazione sulla Gestione di Sanimoda, che fa parte del fascicolo di bilancio messo in approvazione all'Assemblea dei Delegati del Fondo.

FORMA E CONTENUTO DEL BILANCIO, CRITERI DI VALUTAZIONE E PRINCIPI CONTABILI

Forma e contenuto del bilancio

Il Bilancio d'esercizio chiuso al 31 dicembre 2024 si compone dello Stato Patrimoniale, del Conto Economico, della Nota Integrativa ed è corredato dalla Relazione sulla Gestione.

Il Bilancio è stato redatto adottando schemi idonei ad un'adeguata rappresentazione della realtà operativa del Fondo, tenendo conto di quanto disciplinato in materia dal Codice civile e dai principi contabili emanati dall'Organismo Italiano di Contabilità.

Criteri di valutazione e principi contabili

La valutazione delle voci di bilancio è avvenuta nel rispetto del principio della prudenza, della rilevanza e nella prospettiva di continuazione dell'attività.

Il presente bilancio è redatto in conformità ai principi contabili previsti dal Codice civile e dall'Organismo Italiano di Contabilità, salvo quanto di seguito specificato, è redatto in unità di euro senza cifre decimali, come previsto dall'art. 16, comma 8 di D. Lgs 213/98 e dall'art. 2423 comma 5 del Codice civile.

Il presente bilancio corrisponde alle risultanze delle scritture contabili regolarmente tenute e rappresenta la situazione patrimoniale, finanziaria ed economica nel rispetto dei principi di chiarezza, veridicità e correttezza di cui all'art. 2423, comma 2, del Codice civile.

Di seguito vengono riportati i principi contabili e i criteri di valutazione utilizzati per la redazione del presente bilancio.

Immobilizzazioni

I criteri di valutazione applicati sono al costo storico inclusivo degli oneri accessori, e ammortizzati come stabilito dal DM 31/12/1988 e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale il 2 febbraio 1989, n. 27, in particolare tutte le immobilizzazioni sono state valutate secondo le disposizioni di cui al D. Lgs. 27 gennaio 1992, n. 87.

Le immobilizzazioni immateriali, rappresentate dagli oneri di costituzione del Fondo, sono state ammortizzate con aliquota del 20%.

Le immobilizzazioni materiali sono state ammortizzate con le seguenti aliquote che sono rimaste invariate rispetto all'anno precedente:

- Arredi da ufficio – 12,50%
- Macchine elettroniche – 33%
- Impianti – 20%

Nel 2023 tra le immobilizzazioni immateriali è stata costituita la sezione degli oneri pluriennali per accogliere la capitalizzazione delle spese sostenute per gli sviluppi gestionali dei programmi utilizzati dal Fondo ed i costi della realizzazione del nuovo sito internet.

Attività finanziarie

Sono iscritte al costo di sottoscrizione inclusi gli oneri accessori.

Disponibilità liquide

Le disponibilità liquide sono rappresentate dai depositi bancari accessi a nome del Fondo presso gli Istituti di Credito. Sono iscritte al valore nominale in quanto rappresentativo del valore di realizzo.



Ratei e risconti

I ratei e i risconti sono stati calcolati in relazione alla competenza economica dei costi e dei ricavi.

Crediti

I crediti sono iscritti al loro presumibile valore di realizzo.

Debiti

I debiti sono iscritti al loro valore nominale.

Contributi per quote di iscrizioni

La prima quota di contribuzione di ogni iscritto è trattenuta e accantonata al Fondo di Dotazione per assicurare la patrimonializzazione necessaria per far fronte agli impegni del Fondo. Questi contributi sono rilevati in base al principio di cassa.

Contributi e costi della produzione

Gli altri contributi, proventi, costi ed oneri sono rilevati in bilancio in ottemperanza ai principi di rilevazione contabile disciplinati dall'OIC (Organismo Italiano di Contabilità).

Adeguamento dei dati comparativi ex art. 2423-ter, comma 5 c.c.

Si segnala che, ai sensi dell'art. 2423-ter, comma 5 del Codice Civile, i dati relativi agli esercizi precedenti sono stati oggetto di riclassifica al fine di garantirne la comparabilità. In particolare, l'avanzo di gestione degli esercizi precedenti dell'anno 2023 è stato accorpato al Fondo di Dotazione, riflettendo una diversa rappresentazione contabile adottata nell'esercizio in corso. Tale modifica è stata ritenuta opportuna per una più corretta rappresentazione della consistenza patrimoniale dell'Ente.

CONTENUTO DELLO STATO PATRIMONIALE

ATTIVO

B. Immobilizzazioni

I. Immobilizzazioni immateriali

Al 31/12/2024, le immobilizzazioni immateriali hanno un valore netto di **106.611 €** così composto:

- Spese di costituzione - interamente ammortizzate nei primi 5 anni;
- Software – ammortizzati in 5 anni, valore netto a fine 2024 di 18.964€
- Oneri pluriennali – ammortizzati in 5 anni, valore netto a fine 2024 di 87.647€



La voce Software si riferisce prevalentemente alle spese una tantum sostenute per lo sviluppo e l'avvio del sistema del nuovo service amministrativo e per la migrazione dei dati provenienti dal precedente service.

La voce "Oneri Pluriennali" si riferisce a una serie di spese sostenute per il miglioramento e l'implementazione delle infrastrutture tecnologiche e amministrative del Fondo per l'avvio dei piani aggiuntivi e per la gestione della nuova copertura a favore della non autosufficienza. Essa include i costi associati allo sviluppo del nuovo sito istituzionale, che ha richiesto un investimento significativo in termini di progettazione, sviluppo e ottimizzazione.

Nella tabella viene evidenziato il valore complessivo delle immobilizzazioni ad inizio anno, la movimentazione del periodo per acquisti effettuati nel corso del 2024, la quota di ammortamento di competenza dell'anno, il saldo del Fondo di ammortamento e il valore residuo delle immobilizzazioni.

IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI	VALORE LORDO AL 31/12/23	ACQUISTI ANNO 2024	TOTALE COSTO STORICO	QUOTA AMM.TO 2024	FONDO AL 31/12/24	VALORE NETTO AL 31/12/24
SPESE DI COSTITUZIONE	73.585	0	73.585	0	-73.585	0
SOFTWARE	49.849	0	49.849	-9.970	-30.885	18.964
ONERI PLURIENNALI	65.270	47.580	112.850	-19.591	-25.203	8.647
TOTALI	188.704	47.580	236.284	-29.561	-129.673	106.611

Tabella 1 - Immobilizzazioni immateriali

II. Immobilizzazioni materiali

Al 31/12/2024 le immobilizzazioni materiali hanno un valore netto di **24.695 €** così composto:

- Mobili e arredi: tali beni sono soggetti ad ammortamento con un piano di durata pari a 8 anni. Alla chiusura dell'esercizio 2024, il valore contabile netto residuo di questa categoria risulta pari a 5.104 euro.
- Macchine elettroniche: vengono ammortizzate secondo un piano triennale (3 anni). Al 31 dicembre 2024, il loro valore netto è pari a 11.746 euro.
- Impianti ed attrezzature: per questa categoria è previsto un ammortamento su base quinquennale (5 anni). Alla fine dell'esercizio 2024, il valore netto residuo ammonta a 7.845 euro.
- Beni di valore unitario inferiore a 516,46 euro: tali beni vengono interamente ammortizzati nell'anno stesso dell'acquisto; pertanto, non presentano alcun valore contabile residuo alla fine dell'esercizio.

Nella tabella che segue viene evidenziato il valore complessivo delle immobilizzazioni ad inizio anno, la movimentazione del periodo per acquisti effettuati nel corso del 2024, la quota di ammortamento di competenza dell'anno, il saldo del Fondo di ammortamento e il valore residuo delle immobilizzazioni.



IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI	VALORE LORDO AL 31/12/23	ACQUISTI ANNO 2024	TOTALE COSTO STORICO	QUOTA AMM.TO 2024	FONDO AL 31/12/24	VALORE NETTO AL 31/12/24
MOBILI E ARREDI	15.717	1.032	16.749	-2.011	-11.645	5.104
MACCHINE ELETTRONICHE	55.578	4.141	59.719	-9.668	-47.973	11.746
IMPIANTI E ATTREZZATURE	34.301	1.952	36.253	-6.304	-28.408	7.845
BENI INFERIORI A € 516,46	5.622	464	6.086	-434	-6.086	0
TOTALI	111.218	7.589	118.807	-18.417	-94.112	24.695

Tabella 2 - Immobilizzazioni materiali

C. Attivo Circolante

II. Crediti

La voce al 31/12/2024 è pari a 765.085 €, e comprende:

Il credito verso la compagnia Zurich Investments Life S.p.A., pari a 764.776 euro, è relativo al riconoscimento del Bonus Tecnico maturato in base alle condizioni contrattuali previste dalla convenzione assicurativa in essere.

Il dettaglio del Bonus Tecnico, nonché le modalità con cui esso è stato determinato e rilevato in bilancio, è fornito nel successivo punto 5 "Proventi diversi" del Conto Economico, cui si rimanda per una descrizione completa e puntuale.

Il credito per IRAP, pari a 309 euro, rappresenta un credito d'imposta risultante dal calcolo dell'Imposta Regionale sulle Attività Produttive effettuato per l'esercizio in chiusura. Tale importo deriva da versamenti effettuati in acconto eccedenti rispetto all'imposta dovuta a consuntivo, e sarà utilizzabile in compensazione nell'ambito delle prossime scadenze fiscali.

CREDITI AMMINISTRATIVI	SALDO AL 31/12/2024	SALDO AL 31/12/2023
CREDITI VERSO ZURICH	764.776	0
CREDITI IRAP	309	0
CREDITI VERSO INAIL	0	79
TOTALE	765.085	79

Tabella 3 - Crediti

II. bis Crediti relativi alla gestione assicurativa

I crediti relativi alla gestione assicurativa, pari a 86.849 €, rappresentano l'ammontare dei premi riconosciuti al Gestore Assicurativo a copertura delle spese sanitarie mai versati dalle aziende.

Tale importo si riferisce al secondo trimestre 2018, primo periodo di operatività delle coperture sanitarie, ed è sorto a seguito della scelta di mettere in copertura gli associati in stato attivo



per cui si erano incassati nel precedente trimestre il contributo di iscrizione il 1° aprile 2018, senza attendere la scadenza contributiva.

Fondo svalutazione crediti relativi alla gestione assicurativa

L'accantonamento al Fondo di Svalutazione Crediti coincide con l'intero ammontare dei crediti relativi alla gestione assicurativa, pari a 86.849 €, in ottemperanza al principio di prudenza. Nel bilancio del 2018, anno in cui si è generato tale credito, si era deciso di accantonare un Fondo che andasse interamente ad abbattere questo credito sin da subito ritenuto difficilmente esigibile.

III. Attività finanziarie

Nel corso del 2023 è stata avviata la gestione finanziaria in collaborazione con Intesa Sanpaolo Private Banking, con l'obiettivo di incrementare e diversificare la protezione delle risorse del Fondo con l'acquisto di titoli di stato e titoli obbligazionari aventi come caratteristiche principali un basso rischio e una ridotta volatilità del valore di mercato.

Tale necessità è nata per garantire sicurezza e stabilità delle risorse accantonate nel breve-medio periodo e per difenderle dalla perdita di valore dovuta all'inflazione.

La strategia pianificata ha perdurato anche nel corso del 2024, con la seguente suddivisione delle attività finanziarie:

- Acquisto in fase di emissione di titoli obbligazionari di Intesa Sanpaolo per un controvalore pari a 2.000.000 €.
- Acquisto di titoli di Stato (BTP indicizzati e BTP Valore) per un controvalore di costo d'acquisto pari a 1.987.791 € per un valore nominale pari a 2.000.000 €.

Le suddette movimentazioni hanno incrementato le attività finanziaria che oggi risulta essere pari a 8.837.791 €.

ATTIVITÀ FINANZIARIE	SALDO AL 31/12/2024	SALDO AL 31/12/2023
QUOTE FONDI OICR	5.000.000	5.000.000
TITOLI DI OBBLIGAZIONARI	2.000.000	2.000.000
TITOLI DI STATO	1.987.791	1.987.791
FONDO SVALUTAZIONE OICR	0	-150.000
TOTALE	8.987.791	8.837.791

Tabella 4 - Attività finanziarie

Nel corso del 2021 è stata sottoscritta una quota di un fondo UCITS per un valore pari a 5.000.000 €.

Nel bilancio d'esercizio del 2022 sono stati accantonati 150.000 € al Fondo Svalutazione OICR a seguito della potenziale perdita di valore di questo investimento in quanto il valore di mercato (NAV - Net Asset Value) al 30 dicembre era pari a 4.860.732 €, con un'ipotetica minusvalenza rispetto al costo di carico di 139.268 €.



Nel 2024 si è deciso di rilasciare tale accantonamento a seguito dell'incremento del valore dell'OICR che, per il secondo esercizio consecutivo, non ha solo recuperato il valore di acquisto, ma ha registrato un significativo apprezzamento. Si è valutato che il maggior valore di mercato ha reso non più necessario mantenere il fondo rischi. La smobilizzazione del fondo svalutazione ha fatto emergere un ulteriore componente positivo di reddito di 150.000€.

L'ultimo valore di mercato disponibile del 2024 ha fatto registrare una plusvalenza di 491.432 €. Il NAV al 27 marzo 2025 porta ad un controvalore dell'investimento pari a 5.491.432.

IV. Disponibilità liquide

Le disponibilità liquide, pari a 17.564.161 €, rappresentano il saldo dei conti correnti accesi a nome del Fondo presso gli Istituti di credito e dal saldo della cassa contante alla data del 31/12/2024.

Alla data del 31 dicembre 2024 risultano essere attivi un totale di cinque conti correnti, di cui uno presso Banca Intesa Private Banking SpA e quattro presso la BFF Bank SpA. Questi conti correnti sono stati aperti per gestire le varie operazioni finanziarie del Fondo, consentendo una gestione separata e mirata delle risorse a seconda delle esigenze operative.

Nel corso dell'esercizio 2024 sono portate a termine con successo le operazioni di migrazione e ottimizzazione della gestione dei flussi finanziari del Fondo. Queste operazioni hanno comportato la chiusura dei conti correnti precedentemente aperti presso Intesa Sanpaolo, con la conseguente cessazione delle operazioni su tali conti. Parallelamente, è stato completato l'apertura di nuovi rapporti di conto corrente presso BFF Bank SpA, selezionata come banca partner per la gestione e custodia delle risorse finanziarie. Tale cambiamento si inserisce all'interno di un piano strategico più ampio volto a migliorare la gestione delle risorse e a ottimizzare le condizioni economiche e operative del Fondo.

A fine 2024 risultano aperti i seguenti conti correnti che presentano un saldo complessivo di 17.564.096 €, così composto:

Banca BFF BANK SpA:

- Il conto contributi (codice CC0018386300) che accoglie la contribuzione ricevuta dalle Aziende associate, presenta un saldo di 10.082.718 €;
- Il conto amministrativo (codice CC0018386200) destinato al pagamento dei costi di produzione, presenta un saldo di 7.454.915 €;
- Il conto rimborsi (codice CC0018386900) destinato alla restituzione alle aziende di eccedenze contributive non dovute, presenta un saldo di 10.008 €;
- Il conto premi (codice CC0018386800) destinato alle transazioni relative ai premi assicurativi versati alle compagnie, presenta un saldo pari a zero.

Banca Intesa:

- Il conto gestore (codice Intesa Sanpaolo 474255) destinato alla gestione degli investimenti e all'incasso delle cedole dei titoli presenti in portafoglio, presenta un saldo di 16.455 €.

La cassa ha un saldo al 31/12/24 di 65 €.



DISPONIBILITÀ LIQUIDE	SALDO AL 31/12/2024	SALDO AL 31/12/2023
BFF BANK CONTO CONTRIBUTI	10.082.718	0
BFF BANK CONTO AMMINISTRATIVO	7.454.915	2.202.765
INTESA SANPAOLO CONTO GESTORE	16.455	35.466
BFF BANK CONTO RIMBORSI	10.008	0
CASSA CONTANTI	65	79
INTESA SANPAOLO CONTO CONTRIBUTI	0	11.494.076
INTESA SANPAOLO CONTO AMMINISTRATIVO	0	314.737
INTESA SANPAOLO CONTO PREMI	0	88
TOTALE	17.564.161	14.047.211

Tabella 5 - Disponibilità liquide

D. Ratei e risconti attivi

Al 31 dicembre 2024, la voce, pari a 55.869 €, comprende risconti attivi relativi a costi di competenza del 2025, registrati nel 2024 per un importo di 20.592 € e i ratei attivi per 35.277 €, riferiti alla quota parte delle cedole maturate ma non ancora incassate alla data di chiusura dell'esercizio.

RISCONTI ATTIVI	SALDO AL 31/12/2024	SALDO AL 31/12/2023
SPESE ASSICURAZIONI CYBER	7.978	0
SPESE ASSICURAZIONI	3.483	4.031
SPESE UFFICIO	1.636	3.110
SPESE CONSULENZE	5.118	2.203
SPESE DI COMUNICAZIONE	2.377	753
TOTALE	20.592	10.097

Tabella 6 - Risconti attivi

Di seguito è riportato il dettaglio dei ratei attivi relativi per un saldo complessivo pari a 35.277 €.

RATEI ATTIVI	SALDO AL 31/12/2024	SALDO AL 31/12/2023
RATEO MATURATO SU CEDOLE NON ANCORA INCASSATE	35.277	35.173
TOTALE	35.277	35.173

Tabella 7 - Ratei attivi

La suddetta tabella espone il dato che rappresenta il valore delle cedole maturate su strumenti finanziari in portafoglio, ma non ancora incassate al termine dell'esercizio. Le cedole in questione si riferiscono ai titoli obbligazionari e ai titoli di stato a reddito fisso, per i quali è prevista una distribuzione periodica dei rendimenti.

PASSIVO

A. Patrimonio

Il patrimonio del Fondo ammonta a 18.042.878 € ed è così composto:

1. Fondo di Dotazione

I contributi raccolti a titolo di iscrizione a SANIMODA sono destinati al Fondo di Dotazione da utilizzare a fronte di particolari necessità future o ad iniziative a favore degli iscritti.

Al 31 dicembre 2024, il saldo del Fondo di Dotazione si attesta a 15.365.422 €, con un incremento complessivo pari a 2.366.584 € rispetto al valore dell'anno precedente. Tale incremento è attribuibile a due componenti principali che hanno concorso a rafforzare la consistenza patrimoniale del Fondo.

In particolare, nel corso dell'esercizio 2024 sono state incassate quote di iscrizione per un ammontare complessivo di 1.116.332 €, che sono state integralmente allocate al Fondo di Dotazione, in coerenza con quanto operato negli anni precedenti.

Inoltre, l'importo di € 1.193.012, corrispondente all'avanzo di gestione positivo dell'anno precedente, è stato riclassificato nel medesimo fondo.

Tale scelta risponde a una logica prudenziale e strategica, finalizzata a consolidare ulteriormente la struttura patrimoniale dell'Ente, assicurando nel tempo la sostenibilità economico-finanziaria e la capacità di far fronte agli impegni futuri assunti nei confronti degli iscritti.

La medesima riclassificazione è stata eseguita anche sui saldi di bilancio dell'anno 2023 incrementando di saldo di 9.400.765 € con il saldo del conto dell'avanzo di gestione degli esercizi precedenti che era pari a 3.598.073 €.

Nel corso del 2024, il Fondo è stato inoltre incrementato di € 57.240, corrispondenti a contributi incassati che non hanno generato copertura sanitaria.

2. Avanzo di gestione degli esercizi precedenti

L'avanzo dell'esercizio 2024 ammonta a 2.677.456 euro, in aumento rispetto ai 1.193.012 euro dell'esercizio precedente. Il risultato è determinato dalla differenza tra le contribuzioni versate a copertura delle spese amministrative, pari a 2.316.823 euro, e gli oneri sostenuti per il funzionamento del Fondo nel corso dell'anno, pari a 1.074.747 euro (comprensivi di imposte e tasse). Hanno inoltre contribuito positivamente i proventi della gestione finanziaria, pari a 657.722 euro, e gli altri proventi diversi della gestione per 777.658 euro.

PATRIMONIO	SALDO AL 31/12/2024	SALDO AL 31/12/2023
FONDO DI DOTAZIONE	15.365.422	12.998.838
AVANZO DI GESTIONE DELL'ESERCIZIO	2.677.456	1.193.012
TOTALE	18.042.878	14.191.850

Tabella 8 - Patrimonio



C. Trattamento di fine rapporto di lavoro subordinato

La voce, pari a zero. Tutti i dipendenti di Sanimoda hanno aderito alla previdenza complementare prevista dal contratto collettivo nazionale del settore tessile versando totalmente la quota del Tfr maturata nell'esercizio a Fondo Previmoda.

D. Debiti

Al 31/12/2024 la voce debiti è pari a 9.518.574 €, così composta:

1.i "debiti verso fornitori" ammontano a 113.860 € e sono relativi a:

- fatture ricevute nel 2024 e pagate successivamente alla chiusura dell'esercizio per un totale di 42.696 € in base alle condizioni contrattuali stipulate;
- per fatture da ricevere, relative a costi di competenza ricevute successivamente alla chiusura, per un totale di 71.164 €, come da tabella che segue:

DEBITI PER FATTURE DA RICEVERE	SALDO AL 31/12/2024	SALDO AL 31/12/2023
SERVIZI DI TERZI	46.835	47.315
SPESE CONSULENZA	11.518	10.986
SERVIZIO DI REVISIONE BILANCIO	6.192	5.856
SPESE UFFICIO	2.440	1.054
ELABORAZIONE CEDOLINI	2.258	1.764
CONGUAGLIO NOLEGGIO AUTO	1.393	0
COMMISSIONI BANCA	305	0
SPESE TELEFONICHE	223	186
ONERI PLURIENNALI	0	34.099
SPESE LEGALI	0	13.424
RIMBORSI SPESE ORGANI SOCIALI	0	638
TOTALE	71.164	115.322

Tabella 9 - Debiti per fatture da ricevere

2.i "debiti tributari" ammontano a 32.542 € e si riferiscono a ritenute alla fonte operate prestazione di lavoro dipendente e autonomo, versate nel gennaio 2025, come da tabella che segue:

DEBITI TRIBUTARI	SALDO AL 31/12/2024	SALDO AL 31/12/2023
ERARIO C/RITENUTE IRPEF	28.438	16.073
ERARIO C/RITENUTE LAVORATORI AUTONOMI	3.690	3.070
ERARIO C/RITENUTE REGIONALI	264	353
ERARIO C/RITENUTE COMUNALI	150	110
ERARIO C/IRAP	0	789
TOTALE	32.542	20.395

3.i "Debiti per contributi previdenziali" ammontano a 50.698 €, e si riferiscono ai contributi di competenza del bilancio 2024 versati in gennaio 2025 ed ai ratei relativi agli oneri previdenziali sul personale dipendente del Fondo, come da tabella che segue:

DEBITI V/ISTITUTI DI PREVIDENZA E SICUREZZA SOCIALE	SALDO AL 31/12/2024	SALDO AL 31/12/2023
DEBITI PER CONTRIBUTI INPS	28.239	17.714
DEBITI PER CONTRIBUTI INAIL	159	0
RATEI PASSIVI PER INPS SU FERIE E PERMESSI NON GODUTI	11.041	9.487
* DEBITI PER PREVIDENZA COMPLEMENTARE	* 11.259	* 8.485
TOTALE	50.698	35.686

* La voce "Debiti per previdenza complementare" nel precedente rendiconto era riclassificata negli altri debiti sui costi del personale (vedi tabella successiva).

Tabella 11 - Debiti per contributi previdenziali e assistenziali

Gli "altri debiti sui costi del personale" ammontano a 63.123 € e si riferiscono agli importi dovuti al lavoro dipendente non ancora regolati alla fine dell'anno, come da tabella che segue.

ALTRI DEBITI SUI COSTI DEL PERSONALE DIPENDENTE	SALDO AL 31/12/2024	SALDO AL 31/12/2023
DEBITI VERSO DIPENDENTI	21.835	18.124
RATEI PASSIVI PER FERIE E PERMESSI NON GODUTI	41.288	33.895
TOTALE	63.123	52.019

Tabella 12 - Altri debiti sui costi del personale dipendente

4. "debiti relativi alla gestione assicurativa" ammontano a 9.201.111 € e sono relativi a:

- "debiti verso Unisalute", riferiti ai premi di competenza del IV trimestre ancora da conferire, pari a 8.219.053 €. Questo importo rappresenta il premio che viene riconosciuto alla Compagnia dopo la chiusura dell'esercizio, quando il progetto di bilancio viene approvato dal Consiglio di Amministrazione. Il bonifico a favore della Compagnia è stato addebitato il 4 febbraio 2025, azzerando il debito.
- "Debiti verso AON per i piano LTC", riferiti ai premi di competenza del IV trimestre ancora da conferire, pari a 900.768 €. Questo importo rappresenta il premio dedicato alla coperta sanitaria LTC ancora da conferire alla data di chiusura dell'esercizio. Il bonifico a favore del broker è stato addebitato il 4 febbraio 2025, azzerando il debito.
- "contributi accreditati e riconosciuti sul conto afflussi", riferiti a contributi attribuiti al singolo lavoratore ma non conferiti in gestione in assicurativa, pari a 71.282 €. Questi contributi sono stati abbinati all'azienda ma non sono stati riconciliati con distinte contributive di competenza dell'esercizio, rimangono quindi a disposizione dell'azienda che li ha predisposti per il futuro;
- "debito verso aziende per contributi da rimborsare", relativi a premi da rimborsare alle aziende. L'importo è pari a 10.008 € aperto in contabilità nel corso dell'anno 2019. Al momento queste somme rimangono nella disponibilità delle aziende che li hanno disposti per future coperture.

DEBITI RELATIVI ALLA GESTIONE ASSICURATIVA	SALDO AL 31/12/2024	SALDO AL 31/12/2023
DEBITI VERSO UNISALUTE	8.219.053	7.754.088
DEBITI VERSO AON PER IL PIANO LTC	900.768	702.526
DEBITI PER CONTRIBUTI INCASSATI SUL CONTO AFFLUSSI E NON ANCORA CONFERITI	71.282	78.741
DEBITO VERSO AZIENDE PER CONTRIBUTI DA RIMBORSARE	10.008	10.008
TOTALE	9.201.111	8.545.363

Tabella 13 - Debiti della gestione assicurativa

CONTENUTO DEL CONTO ECONOMICO

A. Valore della produzione

1. Contributi

Al 31 dicembre 2024, il totale dei contributi associativi incassati ammonta a 39.409.471 €, così suddiviso:

1. Contributi destinati a copertura oneri amministrativi fanno riferimento alla quota fissa di 2,50€ trimestrale per iscritto, trattenuta dal premio versato alla Compagnia e vanno a coprire i costi di funzionamento del Fondo. Questi contributi ammontano a 1.997.230 €;
2. Contributi destinati a copertura oneri amministrativi fanno riferimento alla quota fissa di 0,50€ trimestrale per iscritto specifica per la copertura al piano LTC, trattenuta dal premio versato alla Compagnia e vanno a coprire i costi di funzionamento del Fondo. Questi contributi ammontano a 319.629 €;
3. Contributi per quote di iscrizione su piani Plus e Premium, pari alla prima contribuzione trimestrale per iscritto. Questi contributi ammontano a 912.549 €;
4. Contributi per quote di iscrizione, pari alla prima contribuzione trimestrale per iscritto specifica per la copertura al piano LTC. Questi contributi ammontano a 203.784 €;
5. Storno di quote associative incassate in eccesso per la deduplicazione rilevate e sanate sulle posizioni anagrafiche pari a -36 €;
6. La quota di contributi è girata alla Compagnia Unisalute sotto forma di premio assicurativo per garantire le prestazioni sanitarie ai lavoratori associati. Il conto che li accoglie, denominato Contributi per le prestazioni su piani Plus e Premium, ammonta a 32.460.396 € ed è pari alla totalità dei premi dell'esercizio versati alla Compagnia ed esposti nel successivo punto "B. bis Prestazioni Sanitarie".
7. La restante quota di contributi è girata alle Compagnie Zurich Investments Life S.p.A. e IMA Italia Assistance per il tramite del broker AON S.p.A. con lo scopo di garantire rendite e prestazioni socio-sanitarie ai lavoratori associati che perderanno la non autosufficienza. Il conto che li accoglie, denominato Contributi per le prestazioni, ammonta a 3.515.919 € ed è pari alla totalità dei premi dell'esercizio versati alle suddette Compagnie ed esposti nel successivo punto "B. bis Prestazioni Sanitarie".



CONTRIBUTI	SALDO AL 31/12/2024	SALDO AL 31/12/2023
CONTRIBUTI A COPERTURA ONERI AMM.VI SU PIANI PLUS E PREMIUM	1.997.230	1.916.862
CONTRIBUTI A COPERTURA ONERI AMM.VI SU PIANO LTC	319.629	188.410
CONTRIBUTI PER QUOTE DI ISCRIZIONE SU PIANI PLUS E PREMIUM	912.549	1.096.227
CONTRIBUTI PER QUOTE DI ISCRIZIONE SU PIANO LTC	203.784	961.344
STORNO CONTRIBUTI SU DEDUPICHE ANAGRAFICHE	-36	-342
CONTRIBUTI ASSOCIATIVI SU PIANI PLUS E PREMIUM	32.460.396	30.301.734
CONTRIBUTI ASSOCIATIVI SU PIANO LTC	3.515.919	2.072.510
TOTALE	39.409.471	36.536.745

Tabella 14 - Contributi Associativi

5. Proventi diversi

Nel corso dell'esercizio 2024 sono stati rilevati i seguenti proventi diversi, non direttamente riconducibili all'attività caratteristica del Fondo ma comunque afferenti alla sua gestione ordinaria:

PROVENTI DIVERSI	SALDO AL 31/12/2024	SALDO AL 31/12/2023
CONTRIBUTO TECNICO COMPAGNIA ZURICH SU PIANO LTC	764.776	0
CONTRIBUTO FONDIR PER I CORSI DI FORMAZIONE EROGATI AL FONDO	12.882	0
TOTALE	777.658	0

Tabella 15 - Oneri e proventi diversi

La voce Bonus Tecnico, pari a 764.776 €, rappresenta il contributo riconosciuto da Zurich Investments Life S.p.A. in favore del Fondo, a seguito dell'andamento favorevole della polizza a copertura del rischio di non autosufficienza (Long Term Care – LTC), stipulata per gli iscritti. L'obiettivo di Sanimoda è quello di garantire il riconoscimento delle rendite e promuovere una maggiore consapevolezza sulla copertura sanitaria offerta. Tuttavia, va considerato che il rischio di sopraggiunta non autosufficienza è altamente variabile e, in particolare nei primi anni di attivazione della polizza, può comportare un numero limitato di casi attivi. Una delle ragioni che hanno orientato la scelta del Consiglio di Amministrazione verso Zurich è stata proprio la disponibilità della compagnia a riconoscere il bonus tecnico al termine di ciascuna annualità di polizza, e non solo alla scadenza del quinquennio contrattuale. Il riconoscimento dell'importo indicato conferma la validità di tale scelta, poiché consente al Fondo di reinvestire una parte dei premi non utilizzati per l'erogazione delle rendite in ulteriori prestazioni a beneficio degli associati.

Sanimoda sta intraprendendo molte iniziative di comunicazione rivolte sia alle aziende che ai lavoratori per far conoscere questa copertura, con l'obiettivo di far aumentare progressivamente le rendite riconosciute e diminuire gli importi del bonus tecnico.



La voce "contributi finanziati dal corso di formazione di Fondir", pari a 12.882€, si riferisce a finanziamenti che vengono messi a disposizione dalle imprese per incentivare la formazione dei propri dipendenti. Fondir, o Fondo Interprofessionale per la Formazione Continua, è un fondo paritetico costituito da associazioni di datori di lavoro e sindacati, che ha come obiettivo quello di promuovere la formazione continua all'interno delle imprese, supportando le attività formative per il miglioramento delle competenze professionali dei lavoratori.

B. Costi della produzione

I costi indicati nei prospetti sottostanti comprendono l'IVA, che viene considerata un onere aggiuntivo per il Fondo, in quanto non recuperabile. Tali costi sono relativi a specifiche categorie di spese sostenute dal Fondo durante l'esercizio e sono suddivisi in base alla natura delle voci di spesa.

8. Per servizi

Al 31/12/2024, i costi sostenuti per i servizi di gestione sono pari a 571.257 €, così composta:

COSTI PER SERVIZI	SALDO AL 31/12/2024	SALDO AL 31/12/2023
SERVICE AMMINISTRATIVO	-188.899	-186.110
SPESE DI COMUNICAZIONE	-77.565	-51.142
SPESE CONSULENZE	-76.699	-74.233
COMPENSI MEMBRI CONSIGLIO DI AMM.NE	-46.900	-47.814
SPESE UFFICIO	-33.139	-34.045
SPESE DI SERVIZI DI CALL CENTER	-28.272	-48.678
SPESE LEGALI	-22.908	-13.424
COMPENSI MEMBRI COLLEGIO SINDACALE	-21.702	-19.476
REVISIONE CONTABILE	-10.319	-9.959
SPESE ASSICURAZIONE	-17.449	-8.942
SPESE ASSICURAZIONE CYBER	-8.022	0
SPESE VARIE AZIENDALI	-7.850	-3.910
MANUTENZIONE MACCHINE UFFICIO	-7.363	-2.038
ELABORAZIONE PAGHE	-7.243	-5.380
SPESE TELEFONICHE	-6.642	-8.843
RIMBORSI SPESE ORGANI SOCIALI	-4.751	-4.330
SERVIZI SOCIETÀ DI LAVORO IN SOMMINISTRAZIONE	-2.108	-17.739
SPESE BANCARIE	-1.720	-971
SPESE PER ASSEMBLEA	-1.415	0
IMPOSTA DI BOLLO SU CONTI CORRENTI	-232	-259
CANCELLERIA E STAMPATI	-59	-765
SITO WEB	0	-127
TOTALE	-571.257	-538.185

Tabella 16 - Costi per servizi

Si ricorda che i compensi sono riportati al lordo delle trattenute sociali e fiscali.



8. Per godimento di beni di terzi

Nel 2024 questa voce non è stata movimentata ed è quindi pari a zero.

9. Per il personale

Al 31/12/2024, la voce riguarda il costo del personale dipendente che alla data di chiusura del bilancio risulta essere pari a 443.519 €.

Il costo del personale è così composto:

COSTO DEL PERSONALE	SALDO AL 31/12/2024	SALDO AL 31/12/2023
STIPENDI	-275.720	-220.102
CONTRIBUTI INPS	-83.124	-60.531
COSTO LAVORO IN SOMMINISTRAZIONE	-2.622	-44.396
FORMAZIONE	-8.685	-12.890
CONTRIBUTI FONDO DI PREVIDENZA COMPL.RE	-39.291	-23.446
SPESE VIAGGIO DEL PERSONALE	-9.200	-9.432
BUONI PASTO	-9.722	-8.110
NOLEGGIO AUTO A LUNGO TERMINE	-11.318	-1.618
CONTRIBUTI FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA	-3.084	-1.518
CONTRIBUTI INAIL	-750	-572
ARROTONDAMENTI	-3	0
TOTALE	-443.519	-382.615

Tabella 17 - Costo del personale

10. Ammortamenti e svalutazioni

Al 31/12/2024 il totale delle quote di ammortamento di competenza dell'esercizio è pari ad 47.978 €, così composto:

AMMORTAMENTI	SALDO AL 31/12/2024	SALDO AL 31/12/2023
AMMORTAMENTO ONERI PLURIENNALI	-19.591	-5.612
AMMORTAMENTO MOBILI E ARREDI	-2.011	-1.882
AMMORTAMENTO MACCHINE ELETTRONICHE	-9.668	-11.600
AMMORTAMENTO SOFTWARE	-9.970	-9.970
AMMORTAMENTO IMPIANTI ED ATTREZZATURE	-6.304	-5.913
AMMORTAMENTO BENI INFERIORI A € 516,46	-434	-981
TOTALE	-47.978	-35.958

Tabella 18 - Ammortamenti

Tale importo rappresenta la somma complessiva delle quote di ammortamento relative ai beni strumentali acquisiti dal Fondo e allocati nel periodo considerato. L'ammortamento è stato calcolato in conformità con le normative contabili applicabili, tenendo conto della durata utile residua degli asset, nonché delle modalità di ripartizione dei costi di acquisizione dei beni stessi. Questo importo riflette il deprezzamento dei beni nell'arco dell'esercizio, contribuendo a determinare il valore contabile netto degli stessi alla data del 31 dicembre 2024.

11. Accantonamento a Fondo Svalutazione Crediti relativi alla gestione assicurativa

Nel 2018 si era deciso di svalutare interamente i Crediti relativi alla gestione assicurativa in ottemperanza al principio di prudenza. Negli anni successivi, così come avvenuto nel corso del 2024, non sono sorti ulteriori crediti di questa natura. Quindi non sono state accantonate ulteriori somme. Per questo motivo la voce Accantonamenti a Fondo Svalutazione Crediti è pari a zero.

12. Accantonamento a Fondo di Dotazione

L'accantonamento a Fondo di dotazione è pari a 1.116.333 €, scaturisce dai contributi raccolti nel corso dell'anno a titolo di iscrizione al Fondo. Come già esposto nella sezione A1 del presente documento si specifica che le quote di iscrizione relative ai piani Premium e Plus sono pari a 912.548 € e le quote di iscrizione specifiche per la copertura LTC sono pari a 203.784 €.

14. Oneri diversi di Gestione

Al 31/12/2024, la voce risulta essere pari a 304 € e rappresenta le componenti di conto economiche che hanno avuto un impatto sulla gestione del periodo e non esposte nei precedenti punti:

ONERI E PROVENTI DIVERSI DI GESTIONE	SALDO AL 31/12/2024	SALDO AL 31/12/2023
SOPRAVVIVENZA PASSIVA	-303	-4.445
ABBUONI E ARROTONDAMENTI	-1	29
TOTALE	-304	-4.416

Tabella 19 - Oneri diversi di Gestione

B. bis Prestazioni Sanitarie

Nel 2024 è proseguita la convenzione assicurativa con cui Sanimoda ha affidato l'intero ciclo di prestazioni sanitarie ad UniSalute per piani Premium e Plus, a cui riconosce un premio trimestrale per la copertura sanitaria, la lavorazione delle richieste di assistenza diretta e dei rimborsi, il convenzionamento delle strutture sanitarie, il servizio di Centrale Operativa e l'utilizzo dell'Area Riservata e della App. Per l'insieme di questi servizi SANIMODA ha riconosciuto premi complessivi pari a 32.460.396 €.



A partire dal 1° aprile 2023, oltre ai suddetti piani standard, è stata aggiunta una copertura assicurativa finanziata da uno specifico contributo a favore degli associati che perderanno la non autosufficienza. Si sono sottoscritte due convenzioni assicurative che garantiscono il riconoscimento di una rendita mensile vitalizia (Zurich Investments Life S.p.A.) e la possibilità di attivare servizi socio-sanitari (IMA Italia Assistance) tramite l'intermediazione del broker assicurativo AON S.p.A.

I premi, raccolti e interamente versati alle compagnie citate sono pari a 3.515.919 €.

Differenza tra valore e costi della produzione

Al 31/12/2024, la differenza tra valore e costi della produzione è pari ad 2.031.423 €.

C. Proventi ed Oneri finanziari

Al 31/12/2024, questa voce è pari a 507.722 € ed è così composta:

16. Interessi e Cedole

Al 31/12/2024, la voce risulta essere pari a 678.036 € e rappresenta il valore complessivo al lordo delle ritenute previste dalla normativa vigente delle cedole maturare sui titoli in portafoglio a cui si aggiunge la remunerazione sulla liquidità giacente sui nuovi conti aperti presso BFF Bank SpA.

INTERESSI E CEDOLE	SALDO AL 31/12/2024	SALDO AL 31/12/2023
INTERESSI ATTIVI DI CONTO CORRENTE	553.652	3.736
CEDOLE SU TITOLI DELLA GESTIONE FINANZIARIA	124.384	73.388
TOTALE	678.036	77.124

Tabella 20 - Interessi e cedole

17. Ritenute fiscali e oneri finanziari

Al 31/12/2024, questa voce, pari a -170.314 €, è relativa all'imposta sostitutiva sugli interessi attivi maturati sui saldi dei conti correnti del Fondo e alle trattenute fiscali applicate sulle cedole incassate durante l'anno. L'imposta sostitutiva sugli interessi attivi di conto corrente rappresenta una tassa diretta sui guadagni derivanti dalle somme detenute nei conti bancari, che viene calcolata sulla base degli interessi generati da tali saldi. Questo importo, in quanto imposta diretta, viene trattenuto dalla banca in qualità di sostituto d'imposta, e successivamente versato all'erario a favore del Fondo.

RITENUTE FISCALI E ONERI FINANZIARI	SALDO AL 31/12/2024	SALDO AL 31/12/2023
RITENUTE FISCALI APPLICATE ALLA FONTE SU INTERESSI	-143.949	-14.898
RITENUTE FISCALI APPLICATE ALLA FONTE SU CEDOLE	-26.365	-971
TOTALE	-170.314	-15.869

Tabella 21 - Oneri finanziari

Inoltre, la voce include anche le trattenute fiscali applicate alle cedole incassate, che si riferiscono agli interessi maturati sui titoli di stato e obbligazioni detenuti dal Fondo durante l'esercizio. Le cedole sono soggette a tassazione e le ritenute fiscali vengono applicate direttamente sui pagamenti ricevuti, in conformità con la normativa fiscale vigente. Tali ritenute sono dovute come imposte sui redditi da capitale e sono trattenute alla fonte, riducendo l'importo netto effettivamente ricevuto dal Fondo.

18. Rivalutazioni di titoli iscritti nell'attivo circolante che non costituiscono immobilizzazioni finanziarie

Nel 2022 è stato istituito, in via prudenziale, un fondo per raccogliere le variazioni di mercato relative al valore dell'asset rilevante al termine dell'esercizio. Questo accantonamento è stato effettuato per fronteggiare eventuali fluttuazioni negative del valore dell'asset. Tuttavia, a seguito dell'andamento positivo dei mercati e dei rendimenti superiori alle aspettative, nel 2024 si è deciso di stornare tale fondo, in quanto le condizioni di mercato hanno reso non più necessario mantenere l'accantonamento. Pertanto, il valore dell'asset si è stabilizzato a livelli ampiamente superiori rispetto a quelli precedentemente considerati prudenziali, rendendo il fondo per variazioni di mercato non più necessario.

FONDO SVALUTAZIONE	SALDO AL 31/12/2024	SALDO AL 31/12/2023
RILASCIO FONDO SVALUTAZIONE OICR	150.000	0
TOTALE	150.000	0

Tabella 22 - Rilascio Fondo di Svalutazione OICR

19. Svalutazioni di titoli iscritti nell'attivo circolante che non costituiscono immobilizzazioni finanziarie

Nel 2024 non è stato necessario prevedere svalutazioni sulle immobilizzazioni finanziarie.

Risultato prima delle imposte

Al 31/12/2024, il risultato prima delle imposte è pari ad 2.689.145 €.

22. Imposte

Al 31/12/2024, le imposte dell'esercizio, rappresentate dall'IRAP di competenza dell'esercizio, ammontano a 11.689 €.

IMPOSTE	SALDO AL 31/12/2024	SALDO AL 31/12/2023
IRAP CORRENTE	-11.689	-11.998
TOTALE	-11.689	-11.998

Tabella 23 - Imposte



Avanzo di gestione

Il risultato di gestione evidenzia un importo a consuntivo pari a 2.677.456 € al netto delle imposte che verrà destinato, in continuità con lo scorso esercizio, ad avanzo gestione esercizi precedenti.

FATTI DI RILIEVO AVVENUTI DOPO LA CHIUSURA DELL'ESERCIZIO

Successivamente alla chiusura dell'esercizio 2024, il Consiglio dei Ministri, nella seduta del 9 dicembre 2024, ha approvato il decreto-legge "Milleproroghe", pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 27 dicembre 2024, che ha disposto la proroga di un anno, fino al 1° gennaio 2026, dell'entrata in vigore della nuova disciplina IVA per le operazioni realizzate dagli enti associativi, tra cui rientrano anche i Fondi Sanitari Integrativi.

L'intervento normativo mira a chiarire le condizioni di esenzione IVA per le attività degli enti associativi e, in particolare, per quelle operazioni in cui sussista un nesso sinallagmatico tra i contributi ricevuti e le prestazioni erogate. Questo principio è rilevante per quegli enti in cui vi è una corrispettività diretta tra il pagamento e il servizio ricevuto, situazione che potrebbe comportare un trattamento fiscale differente rispetto a quello previsto dal regime attuale.

Per quanto riguarda Sanimoda, l'attuale assetto del Fondo non prevede alcun rapporto sinallagmatico tra i contributi versati e le prestazioni sanitarie erogate. L'adesione al Fondo avviene su base collettiva e in conformità al modello di assistenza sanitaria integrativa previsto dalla normativa vigente. Sanimoda, infatti, opera in modo distinto rispetto alle realtà coinvolte dalla nuova disciplina IVA, in quanto non eroga prestazioni direttamente a fronte di un corrispettivo individuale, ma utilizza i contributi ricevuti per garantire una copertura sanitaria collettiva in linea con gli accordi di settore.

Di conseguenza, la modifica normativa non ha impatti diretti sulla gestione fiscale e amministrativa di Sanimoda, che continuerà l'attuale gestione senza la necessità di adeguamenti immediati. Tuttavia, al fine di garantire la massima trasparenza normativa e gestionale, il 2025 sarà un anno dedicato alla revisione dei regolamenti e dello statuto del Fondo. L'obiettivo di questa attività sarà quello di rendere ancora più esplicito e inequivocabile che Sanimoda non rientra tra i soggetti interessati dalla nuova disciplina IVA.

Questa revisione statutaria e regolamentare avrà le seguenti finalità:

- Consolidare il quadro normativo di riferimento, garantendo che i documenti ufficiali del Fondo riflettano in modo chiaro e inequivocabile la sua natura giuridica e il regime fiscale applicabile.
- Evitare interpretazioni ambigue o incertezze future, sia da parte degli organi di controllo sia da parte degli aderenti e degli stakeholder del Fondo.
- Garantire la piena conformità alle disposizioni vigenti, assicurando che l'operatività del Fondo rimanga allineata ai principi stabiliti dalle normative fiscali e di settore.



- Prevenire possibili impatti amministrativi e organizzativi legati all'introduzione del nuovo regime IVA, anche in vista di eventuali ulteriori modifiche legislative future.

Sanimoda continuerà a monitorare con attenzione l'evoluzione normativa e gli orientamenti interpretativi forniti dalle autorità competenti, collaborando con le istituzioni e le associazioni di categoria per garantire un'applicazione coerente e uniforme delle disposizioni fiscali nel settore dei Fondi Sanitari Integrativi.

Milano, 27 marzo 2025

Sanimoda

Il Presidente

Maurizio Bertona



RELAZIONE SULLA GESTIONE

AL 31 DICEMBRE 2024

• • • • •

SOMMARIO

1. PREMESSA	36
2. COPERTURE SANITARIE	37
i. PIANI SANITARI – UNISALUTE E GENERALI	37
ii. NON AUTOSUFFICIENZA – Zurich e Ima Italia Assistance	38
3. ASSETTO ORGANIZZATIVO	42
i. AREA AZIENDE	42
ii. AREA COMUNICAZIONE	43
4. ASSOCIATI E BENEFICIARI	44
i. LAVORATORI IN COPERTURA	44
ii. DATI ANAGRAFICI DEGLI ISCRITTI IN COPERTURA	46
iii. FAMILIARI IN COPERTURA	47
iv. DISTRIBUZIONE TERRITORIALE LAVORATORI IN COPERTURA	50
v. ISCRITTI IN COPERTURA PER LA NON AUTOSUFFICIENZA	51
5. AZIENDE ISCRITTE	52
6. CONTRIBUZIONE	54
i. CONTRIBUTI DI ISCRIZIONE	55
ii. CONTRIBUTI A COPERTURA DELLE SPESE AMMINISTRATIVE	57
iii. CONTRIBUTI ASSOCIATIVI	57
7. GESTIONE ASSICURATIVA	58

8. GESTIONE AMMINISTRATIVA	60
9. PRESTAZIONI SANITARIE	62
i. SINISTRI TARDIVI E SINISTRI RISERVATI	63
ii. ANDAMENTO DEL NUMERO DELLE PRESTAZIONI	65
iii. ANDAMENTO DEL COSTO MEDIO DELLE PRESTAZIONI	68
iv. SUDDIVISIONE DELLE PRESTAZIONI PER TIPOLOGIA DI STRUTTURA	71
v. SUDDIVISIONE DELLE PRESTAZIONI PER AREA	74
area ricovero	76
area extra ricovero	79
la prevenzione	81
odontoiatria – ortodonzia	85
altre coperture	88
vi. SUDDIVISIONE ANAGRAFICA DELLE PRESTAZIONI	91
vii. SUDDIVISIONE TERRITORIALE DELLE PRESTAZIONI	93
viii. SUDDIVISIONE PRESTAZIONI TRA TITOLARI E BENEFICIARI	95
ix. PRESTAZIONI RISERVATE E CONTESTATE	95
10. LE NOVITÀ DEL 2025	98
11. EVOLUZIONE PREVEDIBILE DELLA GESTIONE	100
i. LA SOSTENIBILITÀ	100
ii. IL QUADRO NORMATIVO	102
12. CONCLUSIONI	103

1. PREMESSA

Signori Delegati,

sottoponiamo alla Vostra approvazione il bilancio d'esercizio chiuso al 31 dicembre 2024 da cui emerge un avanzo di gestione pari a 2.677.456€.

Questo è l'ottavo esercizio di Sanimoda, il Fondo Sanitario costituito il 28 luglio 2017, in attuazione di quanto previsto dai Contratti Collettivi di Lavoro (C.C.N.L.) e dall'Accordo Istitutivo siglato in data 5 luglio 2017.

Le coperture sanitarie continuano ad essere stabilite dalle convenzioni assicurative firmate da UniSalute e Generali, in regime di coassicurazione. Le Compagnie sono state scelte nel 2018 a seguito di una idonea procedura di valutazione che ha consentito di identificare, in via comparativa, le migliori condizioni offerte dai principali operatori di mercato.

La convenzione, in scadenza il 31 dicembre 2024, è stata rinnovata per il triennio 2025-2027 senza necessità di intervenire sulle prestazioni garantite, ma con l'impegno di Sanimoda di porre in essere le modifiche necessarie per assicurare la sostenibilità dei piani stessi, se necessario.

Dal 1° aprile 2023 sono entrate in vigore due ulteriori convenzioni sottoscritte con Zurich Investments Life S.p.A. e Ima Italia Assistance S.p.A. di durata rispettivamente di 5 e 3 anni, quindi con scadenza 31 marzo 2028 e 31 marzo 2026, contro il rischio della non autosufficienza, in risposta alla previsione contrattuale che stabilisce che "tramite Sanimoda sarà attivata, a beneficio di tutti i lavoratori del settore, un'assicurazione contro la non autosufficienza ... finanziata con un contributo a carico delle aziende pari a 2,00€ mensili per addetto per 12 mensilità". Questa previsione, inserita nel rinnovo contrattuale del comparto Tessile Abbigliamento Moda ed entrata in vigore a gennaio 2023, è stata ripresa da tutti gli altri contratti afferenti a Sanimoda, come specificato meglio nel punto dedicato a questa copertura.

Nel mese di ottobre 2024 il Fondo ha ottenuto la certificazione del rinnovo dell'iscrizione all'Anagrafe dei Fondi Sanitari del Ministero della Salute, che consente, in base alla normativa vigente, di usufruire del regime di deducibilità entro il limite annuo di 3.615,20€ dei contributi versati.

L'approvazione del bilancio consuntivo 2024 e preventivo 2025 è necessaria per presentare la richiesta di conferma di iscrizione anche per l'anno in corso. L'altro elemento necessario è la dichiarazione di UniSalute che deve certificare che i premi versati nel 2024 si riferiscano alle categorie di prestazioni previste dal D.M. 27/10/2009, cosiddetto decreto Sacconi, in misura di almeno il 20% sul totale.

Nel corso del 2024 si sono intensificate le voci relative alla prossima legge quadro sulla sanità integrativa che dovrebbero cambiare le condizioni necessarie per ottenere la conferma dell'iscrizione all'Anagrafe, come si è riportato nella parte conclusiva di questa Relazione, nel punto 11. Evoluzione prevedibile della gestione.

2. COPERTURE SANITARIE

L'analisi delle coperture sanitarie è divisa in due parti: la prima si focalizza sui piani sanitari garantiti da UniSalute in coassicurazione con Generali, la seconda sulle prestazioni per la non autosufficienza, partire nel 2023 e garantite da Zurich e Ima Italia Assistance.

i. Piani Sanitari – Unisalute e Generali

Le prestazioni socio-sanitarie e le indennità contenute nei Piani garantiti da UniSalute e Generali hanno carattere integrativo del Servizio sanitario nazionale e dei Servizi sanitari regionali e vengono riconosciuti agli iscritti sulla base di apposita documentazione medica.

In particolare, le prestazioni riferite a patologie, sospette o accertate, vengono erogate con la presentazione di prescrizioni rilasciate dal medico di base o da medici specialisti abilitati all'esercizio della professione. Le richieste per infortuni devono essere accompagnate dal certificato di pronto soccorso. I piani sanitari possono richiedere documentazione aggiuntiva, come nel caso di ricoveri per cui viene richiesta la cartella clinica e la lettera di dimissioni, o nel caso di cure odontoiatriche ed ortodontiche per cui è prevista la consegna di un piano di cure.

Come specificato nelle Guide ai Piani Sanitari, *“per valutare correttamente la richiesta di rimborso, Sanimoda, attraverso UniSalute, può sempre richiedere di presentare eventuale documentazione integrativa”*.

Se si ricorre al Servizio Sanitario Nazionale o a strutture private accreditate dal SSN, non è necessario presentare la prescrizione medica se il ticket riporta l'esatta prestazione effettuata. Nei casi di pagamento con le nuove modalità come MAV, PagoPA, in tabaccheria, è necessaria documentazione aggiuntiva (avviso di pagamento, foglio di prenotazione, prescrizione medica o ricevuta di pagamento) da cui si evinca la prestazione effettuata.

La maggior parte dei pacchetti di prevenzione non richiede documentazione medica. Soltanto per effettuare il pacchetto senologico (donna over 40) è richiesta la prescrizione medica in base al Decreto Attuativo 187/2000: ogni lavoratore in regola con la contribuzione ha diritto ad un pacchetto di prevenzione a scelta ogni anno solare. Analogamente ogni componente del nucleo familiare, iscritto gratuitamente al Fondo dal lavoratore con la compilazione di un'autocertificazione, ha diritto ad un pacchetto di prevenzione. La scelta dei pacchetti dedicati ai figli minorenni non è libera ma definita in base all'età.

Nell'ambito della convenzione, UniSalute segue anche la gestione amministrativa delle pratiche di rimborso, il convenzionamento del network di strutture sanitarie presso cui gli associati a Sanimoda possono rivolgersi in assistenza diretta, il servizio prenotazioni in queste ultime strutture e il servizio di assistenza tramite il numero verde dedicato a Sanimoda.

Generali si limita a condividere il rischio con UniSalute, assolvendo il ruolo di coassicuratore. Inoltre fornisce il sistema di business intelligence dove UniSalute deposita i dati relativi alle prestazioni e ai dati anagrafici degli iscritti e dei loro familiari che hanno richiesto prestazioni.



Le tipologie di prestazioni sanitarie, le regole per accedervi e ogni altra informazione sono esposte nelle Guide ai Piani Sanitari redatti con lo scopo di semplificare il contenuto delle condizioni generali di assicurazione.

I Piani Sanitari nel primo anno di attività erano due: Piano Plus e Piano Base, finanziati rispettivamente con 12€ e 8€ al mese di contributi.

I Piani Sanitari in vigore il 31 dicembre 2024 sono il Piano Premium e il Piano Plus. Nulla è cambiato rispetto alle coperture previste dal 2023. Ciò che è cambiato è che alcuni CCNL hanno previsto l'incremento contributivo di 3€ mensili, passando così dal Piano Plus al Premium.

I piani restano finanziati interamente dalle Aziende, non essendo previsto né il cofinanziamento da parte dei lavoratori né la possibilità di integrare le coperture con contributi volontari.

- Piano Sanitario Premium – 15 €/mensili
- Piano Sanitario Plus – 12 €/mensili

La contribuzione trimestrale è dovuta per ogni lavoratore assunto il primo giorno del trimestre con i contratti elencati dai CCNL di riferimento. Per facilitare le aziende si è deciso di fissare le stesse scadenze contributive del Fondo Pensione Previmoda.

Al termine del 2024 i contratti Calzature, Concerie Industriali e Giocattoli prevedono ancora il versamento di 12€/mensili. Questi contratti passeranno a 15€/mensili e conseguentemente al Piano Premium a partire dal 2026. Il Piano Plus si estinguerà con il passaggio al Piano Premium delle aziende che applicano il CCNL Concerie industriali.

ii. Non autosufficienza – Zurich e Ima Italia Assistance

Il rinnovo del CCNL Tessile Abbigliamento Moda sottoscritto nel 2022 ha previsto il versamento di un nuovo contributo specificatamente dedicato alla non autosufficienza. Questa la previsione contrattuale: *"... tramite Sanimoda, sarà attivata a beneficio di tutti i lavoratori del settore un'assicurazione contro la non autosufficienza ... finanziata con un contributo a carico delle aziende pari a 2,00€ mensili per addetto, per 12 mensilità"*.

Di conseguenza a partire dal 1° gennaio 2023 il contributo versato dalle aziende che applicano il contratto Tessile Abbigliamento Moda è passato da 45€ a 51€ al trimestre.

Nell'ultimo trimestre 2023 i contratti Pelle, Cuoio e Ombrelli e Penne e Spazzole hanno previsto il versamento dei 2€ al mese dedicati alla non autosufficienza. Da gennaio 2024 anche il contratto Occhialeria ha previsto lo stesso obbligo.

I rimanenti contratti, Calzature, Concerie Industriali e Giocattoli, prevederanno il contributo per la non autosufficienza a partire dal 2026.

Le convenzioni assicurative con Zurich e Ima Italia Assistance, che decorrono dal 1° aprile 2023, si concluderanno rispettivamente al 31 marzo 2028 e 31 marzo 2026.

La polizza garantita da Zurich prevede il riconoscimento di una rendita vitalizia non rivalutabile di 1.895€ al mese nel caso in cui, nel corso del periodo di copertura sia accertata la

perdita di autosufficienza. Insieme con la prima rendita mensile, è previsto il versamento di una somma una-tantum di 22.740€.

Per stato di non autosufficienza si intende la situazione di fatto conseguente a malattia o infortunio accertata durante il periodo di copertura assicurativa, che permanga per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi e i cui effetti siano presumibilmente permanenti ed irreversibili, tali da impedire almeno 3 delle 6 attività della vita quotidiana elencate di seguito, con conseguente assoluta necessità di una costante assistenza da parte di una terza persona, nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche o chirurgiche.

Le 6 attività di vita quotidiana sono le seguenti:

1. Farsi il bagno o la doccia – capacità di compere queste azioni in modo autonomo, senza l'assistenza di una terza persona, inclusa la sola capacità di entrare e uscire autonomamente dalla vasca o dalla doccia;
2. Mantenere l'igiene personale – capacità di curare la propria igiene personale, intesa come capacità di radersi, pettinarsi e farsi la toilette, in modo autonomo, senza l'assistenza di una terza persona;
3. Vestirsi – capacità di mettersi o togliersi i vestiti in modo autonomo, senza l'assistenza di una terza persona, nonostante l'utilizzo di abiti idonei;
4. Nutrirsi – capacità di mangiare, anche cibo preparato da altri, o di bere in modo autonomo, senza l'assistenza di una terza persona, nonostante l'utilizzo di posate e recipienti idonei;
5. Continenza – capacità di controllare le funzioni corporali, mantenendo un livello di igiene personale soddisfacente;
6. Spostarsi – capacità di effettuare cambi posturali di qualsiasi tipo, come ad esempio alzarci da una sedia o dal letto e capacità di camminare in modo autonomo, senza l'assistenza di una terza persona, anche con l'ausilio di stampelle o di sedia a rotelle.

In aggiunta, viene riconosciuto lo stato di non autosufficienza nel caso in cui all'iscritto sia stata diagnosticata, durante il periodo di copertura assicurativa, una patologia nervosa o mentale a causa organica, quale il morbo di Parkinson o il morbo di Alzheimer che abbia causato, in modo presumibilmente irreversibile, la perdita delle capacità mentali. Per perdita delle capacità mentali si intende la perdita della capacità di pensare, di capire, ragionare o ricordare, tale per cui la persona non sia più in grado di badare a sé stessa senza la supervisione continua di un'altra persona.

Si sottolinea che condizione necessaria per avere il riconoscimento della rendita e del capitale una tantum, oltre alla constatazione dello stato di non autosufficienza, è la copertura assicurativa. Questo significa che, se l'iscritto perde la non autosufficienza quando non è in copertura, non ha diritto alle prestazioni sopra elencate.

L'elevato numero di persone assicurate ha permesso di ottenere condizioni a cui il singolo avrebbe accesso esclusivamente dietro il pagamento di un premio molto più alto dei 2€ mensili versati dalle aziende per ogni dipendente. Inoltre, si sono ottenuti diversi miglioramenti rispetto agli standard di mercato:



- è sufficiente la perdita di 3 delle 6 attività della vita quotidiana per avere il riconoscimento della non autosufficienza (di norma si parla almeno di 4 attività);
- non sono assicurabili unicamente le persone che alla data di entrata in copertura risultino già non autosufficienti;
- il limite di età minima è abbassato a 16 anni (lo standard di mercato è la maggiore età) e il limite di età massima è innalzato a 99 anni;
- non sono escluse patologie pregresse ad eccezione delle patologie nervose o mentali dovute a causa organica che determinino la perdita delle capacità cognitive, come il morbo di Parkinson o di Alzheimer o altre demenze invalidanti, se già diagnosticate al momento dell'ingresso in copertura del singolo assicurato.

Le polizze contro la perdita dell'autosufficienza offerte sul mercato di norma prevedono un periodo di carenza, ovvero un periodo iniziale dopo l'adesione in cui la garanzia non è operativa. Questa clausola viene utilizzata dalle compagnie di assicurazione per evitare di stipulare contratti con soggetti che abbiano già avuto qualche avvisaglia del possibile e imminente verificarsi di una situazione di perdita dell'autosufficienza. Ovviamente questo non può essere il caso di una polizza di natura collettiva come quella offerta da Sanimoda, tanto più che è prevista per tutti i lavoratori a cui si applica un determinato CCNL. Quindi si conferma l'assenza del periodo di carenza, come peraltro avviene anche per i piani sanitari garantiti da UniSalute e Generali.

Restano esclusi gli stati di non autosufficienza causati da:

- dolo dell'iscritto;
- patologie psichiatriche, come depressione, psicosi o schizofrenia;
- partecipazione attiva ad atti criminali;
- stati di non autosufficienza precedenti alla data di copertura assicurativa;
- contaminazione nucleare o chimica, guerra, invasione, ostilità nemiche, partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni e colpi di Stato.

Da notare che la rendita vitalizia è di carattere personale, non trasmissibile agli eredi e non è riscattabile. Questo significa che il decesso dell'iscritto non autosufficiente, così come il recupero dello stato di autosufficienza, determinano l'interruzione dell'erogazione della rendita.

Al contrario di quanto previsto dai piani sanitari garantiti da UniSalute e Generali, i familiari non sono mai ricompresi in questa copertura assicurativa. Per questo motivo nell'autunno 2024 Sanimoda ha proposto la seconda campagna volontaria che ha permesso agli iscritti di Sanimoda e Previmoda di sottoscrivere una polizza per la non autosufficienza direttamente con Zurich a favore di sé stessi o dei propri familiari, intesi come coniugi, figli e genitori.

La seconda convenzione è stata sottoscritta con IMA Italia Assistance che a fronte di un premio di 0,25€ a trimestre riconosce una serie di servizi che si possono suddividere in due macro-categorie: prestazioni di assistenza medica e servizi di tutoring e counseling:

A. Prestazioni di assistenza medica:

- i. Consulenza medica telefonica e video consulto medico o psicologico – qualora a seguito di infortunio o malattia, l'iscritto necessiti di informazioni sanitarie o consigli medici o di un

supporto psicologico, potrà contattare la struttura organizzativa per una consulenza medica telefonica erogabile 24 al giorno e 7 giorni su 7. Il video consulto è invece previsto dal lunedì al venerdì, dalle 10 alle 13 e dalle 15 alle 18. Ogni iscritto in copertura può accedere a questo servizio una volta all'anno.

- ii. Consegna farmaci a domicilio – qualora l'iscritto, a seguito di malattia o infortunio, necessiti di farmaci, IMA provvederà alla ricerca e alla consegna dei farmaci presso la residenza. Restano a carico dell'iscritto il costo dei medicinali e la consegna della prescrizione medica. Questo servizio è offerto gratuitamente per tre volte all'anno. Il servizio è attivo solo sul territorio nazionale.
- iii. Servizio spesa a casa – qualora l'iscritto sia impossibilitato ad uscire autonomamente da casa per un infortunio immobilizzante, potrà ottenere nelle prime due settimane di convalescenza la consegna a casa di generi alimentari o di prima necessità. Il servizio è offerto gratuitamente una volta alla settimana per massimo quattro volte per infortunio esclusivamente sul territorio nazionale.

B. Servizio di tutoring e counseling:

- i. Tutoring assistenziale, analisi dei bisogni – IMA mette a disposizione un Tutor Assistenziale nel caso si verifichi una situazione di fragilità o non autosufficienza all'iscritto o ad un proprio familiare. Il tutor ha il ruolo di indirizzare l'iscritto o i familiari che lo accudiscono per ottenere supporto sia dai servizi socioassistenziali pubblici che da strutture private, in base alla zona di residenza. L'attività del tutor parte dall'indagine propedeutica all'esatta definizione dello stato di salute dell'iscritto o del familiare in modo da inquadrare i reali bisogni e le risposte che si possono ottenere dal territorio, purché si risieda in Italia.
- ii. Tutoring assistenziale, consulenza per la redazione del Piano di Assistenza Individuale – il tutor si attiva per redigere il PAI che contiene l'elenco completo di servizi in grado di rispondere al bisogno rilevato e le informazioni riguardo le modalità di accesso ai servizi pubblici e privati offerti nel territorio nazionale.
- iii. Orientamento pratica di non autosufficienza – in caso di conclamata non autosufficienza dell'iscritto o di un suo familiare, il Tutor fornisce le informazioni sulle pratiche e sulle procedure amministrative e legali da avviare sul proprio territorio di residenza e ai servizi regionali o nazionali competenti per accedere allo status di non autosufficienza. Il servizio è reso solo in Italia.
- iv. Assistenza a domicilio – in caso di conclamata non autosufficienza dell'iscritto o del proprio familiare, il Tutor darà seguito al PAI attivando le soluzioni di assistenza domiciliare più adeguate in termine di personale infermieristico e specialistico per il supporto sociosanitario o per la riabilitazione fisioterapica. Reperirà inoltre gli operatori qualificati in prestazioni di assistenza sociosanitaria e di aiuti domestici. Il costo di queste figure può essere sostenuto destinando in tutto o in parte la rendita ottenuta con Zurich.
- v. Residenzialità protetta – il Tutor individuerà, in base ai bisogni rilevati, soluzioni di residenze temporanee, alloggi protetti e RSA, intesa come Residenza Sanitaria Assistenziale in forma non temporanea.

La soluzione prevede anche la possibilità che i servizi sociosanitari e socioassistenziali possano essere offerti mediante l'accesso al network messo a disposizione da Ima Italia Assistance mediante la conversione di tutta o parte della rendita

La sottoscrizione di questa nuova polizza ha portato alla modifica della garanzia relativa alla non autosufficienza presente nel Piano Premium. Fino al 31 dicembre 2022 questo piano prevedeva l'erogazione di prestazioni sanitarie e socio assistenziali attraverso la rete di strutture convenzionate da UniSalute per Sanimoda. Il massimale garantito alla persona che perdeva in modo permanente l'autosufficienza era di 1.000€ al mese per una durata massima di tre anni.

Con l'entrata in vigore delle polizze sottoscritte con Zurich e Ima questa garanzia si è trasformata. Ora il rimborso delle spese sanitarie e l'erogazione dei servizi di assistenza vengono garantiti quando l'associato si trova in uno stato di non autosufficienza temporanea. Si è trasformato anche il massimale di spesa che ora è sempre di 1.000€, ma per una durata massima di 6 mesi, in virtù del fatto che si tutela appunto uno stato temporaneo e non più permanente.

In questo modo la tutela per chi versa in uno stato di non autosufficienza è garantito sia che la situazione sia temporanea, ad esempio a seguito di patologia, ricovero o infortunio, che presumibilmente permanente.

3. ASSETTO ORGANIZZATIVO

La struttura del fondo al 31 dicembre 2024 conta su 5 dipendenti con contratto full-time a tempo indeterminato e 1 dipendente con contratto part-time, sempre a tempo indeterminato.

Nel corso del 2024 non si è proceduti all'assunzione della nuova risorsa che si era messa a budget sia grazie all'impegno dei dipendenti in forza, sia per gli sviluppi del sistema operativo fornito dal service amministrativo One Welf. L'analisi delle necessità operative prosegue infatti senza sosta e in stretta collaborazione tra la struttura del fondo e quella del service.

i. Area aziende

La struttura del fondo è organizzata in aree. Due dipendenti fanno parte dell'area aziende, che ha lo scopo di supportare le aziende associate nelle attività legate all'iscrizione dell'azienda stessa e successivamente dei lavoratori nonché di seguire la contribuzione trimestrale. Solo la puntuale e costante contribuzione assicura la copertura sanitaria dei lavoratori. Omissioni o ritardi di contribuzione comportano la sospensione della copertura con conseguente impossibilità ad accedere alle prestazioni previste dai piani sanitari e dalle polizze contro la perdita dell'autosufficienza.

Le aziende sono seguite direttamente dai dipendenti di Sanimoda, che ricevono richieste di supporto sia tramite l'indirizzo di posta elettronica contribuzione@sanimoda.it o al numero telefonico aperto 4 giorni alla settimana. Per rispondere alle aziende Sanimoda si avvale anche di un fornitore esterno, Numero Blu, che offre supporto di primo livello.

Negli ultimi anni si è intensificata l'attività di controllo della contribuzione, con l'obiettivo di evitare o far rientrare nel più breve tempo possibile le omissioni contributive. Su indicazioni provenienti dal territorio, e in particolare dagli operatori sindacali o dagli stessi dipendenti, ci si attiva per recuperare l'iscrizione e la contribuzione delle aziende che pur applicando uno

dei CCNL che prevedono la sanità integrativa per il tramite di Sanimoda, non si sono ancora iscritte al fondo. Questa attività è svolta in collaborazione con il consulente legale che nel corso di questi anni ha inviato alcune diffide ad iscriversi alle aziende segnalate. Nel corso del 2024 sono state inviate diffide anche ad aziende che volevano sostituire Sanimoda con altre forme di sanità integrativa.

ii. Area comunicazione

Due dipendenti seguono la comunicazione di Sanimoda. Lo scopo dell'area comunicazione è duplice: si seguono i lavoratori che ritengono di non aver ottenuto una corretta valutazione delle loro richieste e si informano lavoratori, aziende e operatori sindacali sui servizi sanitari e socio-assistenziali offerti dal fondo.

I lavoratori sono seguiti in conseguenza a specifiche segnalazioni provenienti dalle aziende, dagli operatori sindacali e dai lavoratori stessi che scrivono alla casella di posta elettronica info@sanimoda.it. Questa attività, sebbene molto onerosa in termini di tempo richiesto per seguire i singoli casi, è estremamente importante perché permette di monitorare il livello qualitativo dell'attività svolta da UniSalute e per sincerarsi del grado di soddisfazione degli associati.

Gli approfondimenti sui singoli casi sono possibili grazie alla disponibilità di UniSalute che ha dedicato alla struttura di Sanimoda un contatto diretto che viene attivato previo esplicito consenso al trattamento dei dati particolari concesso per iscritto dagli stessi lavoratori che si rivolgono a Sanimoda. I riscontri ottenuti continuano a dimostrare il buon operato della Compagnia, provato anche dall'esiguo numero di reclami ricevuti.

L'attività di informazione sui servizi offerti viene fornita innanzitutto tramite le assemblee sindacali organizzate in azienda insieme ai colleghi di Previmoda. La sinergia nelle iniziative di comunicazione tra i due fondi è continuata anche nel 2024. I frequenti inviti in convegni per spiegare come si realizza la collaborazione tra i due fondi dimostra l'interesse del caso "welfare moda". Tornando alle assemblee, nel 2024 i dipendenti di Sanimoda hanno visitato una quarantina di aziende dislocate su tutto il territorio nazionale, con più di 10.000 lavoratori alle proprie dipendenze. In questi incontri si ricordano innanzitutto i vantaggi che l'iscrizione a Sanimoda comporta, in virtù dell'effetto moltiplicativo della mutualità che permette di offrire al singolo lavoratore coperture il cui valore è decisamente superiore al contributo che l'azienda versa a suo nome. Non mancano ovviamente spiegazioni sulle tipologie di coperture offerte e sul funzionamento dei piani sanitari, sebbene queste informazioni siano disponibili sul sito e sui canali social presidiati da Sanimoda. Proprio l'aggiornamento del sito e la costante campagna di comunicazione sui canali social (Facebook, LinkedIn e Youtube), nonché la pubblicazione di blog di approfondimento, rappresentano un compito fondamentale dell'Area Comunicazione.

Nel 2024 sono partite due nuove iniziative di comunicazione. L'occasione è nata dall'iniziativa "Previgiovani" ideata da Previmoda per attirare l'attenzione delle giovani generazioni di lavoratori sul tema della previdenza complementare. Dopo le prime tappe in cui Sanimoda è intervenuta come ospite per spiegare il sistema di welfare contrattuale, si è deciso di arricchire questi appuntamenti organizzando un incontro in videoconferenza con le aziende del territorio e un incontro in presenza con gli operatori sindacali della zona. In questo modo Previgiovani si è trasformata in un incontro informativo e formativo su Sanimoda e Previmoda dedicato a tutti gli stakeholder dei due fondi: lavoratori, aziende e operatori sindacali.



In sintesi, l'area di comunicazione ha il compito di ideare e realizzare tutte le campagne di informazione utili a ricordare l'importanza della sanità integrativa prevista dai contratti nazionali, cercando ogni anno nuove iniziative per tenere alta l'attenzione su Sanimoda. L'andamento crescente delle prestazioni sanitarie di cui si parlerà più avanti, è la dimostrazione della sempre maggiore consapevolezza dei nostri iscritti, oltre ad essere un evidente segnale della sempre maggior esigenza di avere delle alternative al Servizio Sanitario Nazionale che, pur rimanendo il primo e insostituibile pilastro della sanità, sta evidenziando sempre maggiori segnali di difficoltà.

4. ASSOCIATI E BENEFICIARI

Ai sensi dell'articolo 4 dello Statuto sono iscritti al Fondo in qualità di associati:

- i lavoratori dipendenti, non in prova, con contratto di lavoro a tempo indeterminato (apprendisti compresi) e a tempo determinato e i lavoratori a domicilio, secondo quanto previsto dai CCNL di riferimento;
- le imprese che applicano il C.C.N.L. di cui all'art.1 del presente Statuto con i lavoratori iscritti al Fondo;
- i dipendenti delle Organizzazioni firmatarie dei CCNL di cui al comma precedente.

i. Lavoratori in copertura

Il 2024 si è concluso con più di 200.000 iscritti per la prima volta dalla nascita di Sanimoda. Nell'ultimo trimestre del 2024 (ottobre – dicembre), gli iscritti in copertura sono 200.101 in crescita del 2,7% rispetto ai 194.920 in copertura il 31 dicembre 2023.

CCNL	PIANO	ISCRITTI	%
TESSILE ABBIGLIAMENTO MODA	PREMIUM	129.760	64,8%
CALZATURE	PLUS	31.469	16,5%
	PREMIUM	1.474	
PELLE, CUIOIO E OMBRELLI	PREMIUM	16.104	8,0%
CONCERIE INDUSTRIALI	PLUS	10.057	5,1%
	PREMIUM	128	
OCCHIALERIA	PREMIUM	8.130	4,1%
PENNE E SPAZZOLE	PREMIUM	2.006	1,0%
GIOCATTOLE E MODELLISMO	PLUS	969	0,5%
	PREMIUM	4	
TOTALE		200.101	100,0

Tabella 1 - Iscritti in copertura al 31/12/2024

I lavoratori che aderiscono al Piano Premium sono 157.606, pari al 78,8% del totale, i lavoratori del Piano Plus sono 42.495. La proporzione degli associati che hanno accesso al miglior piano è cresciuta sensibilmente per effetto dell'aumento contributivo previsto dai CCNL Pelle, Cuoio e Ombrelli, Occhialeria e Penne e Spazzole con decorrenza 1° gennaio 2024.



RELAZIONE SULLA GESTIONE AL 31 DICEMBRE 2024

.....

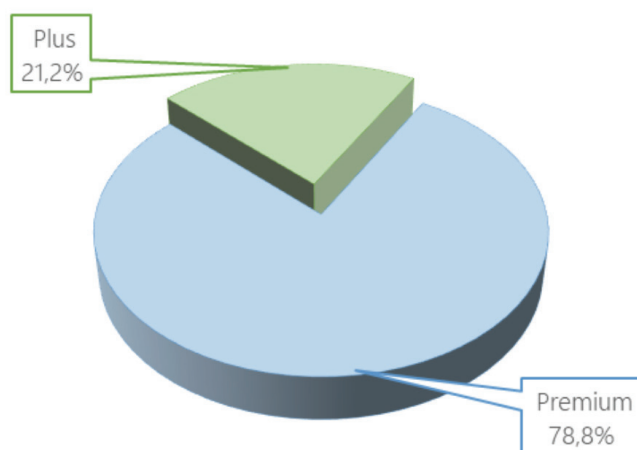


Figura 1 - Iscritti in copertura per Piano Sanitario

Nella tabella sono presenti lavoratori a cui si applicano questi tre CCNL che hanno accesso al Piano Premium in virtù della scelta operata da alcune aziende che applicano questo contratto a versare il maggior contributo rispetto alle previsioni contrattuali. Rispetto al 2023, al 31 dicembre i dipendenti di questi tre contratti che possono beneficiare delle maggiori prestazioni previste dal Piano Premium sono cresciuti del 21%, a seguito dell'aumento delle aziende che hanno deciso loro sponte di aumentare il contributo a Sanimoda.

Il grafico che segue ha l'obiettivo di esporre l'evoluzione dei lavoratori in copertura dall'inizio dell'operatività di Sanimoda (1° aprile 2018) al termine del 2024.

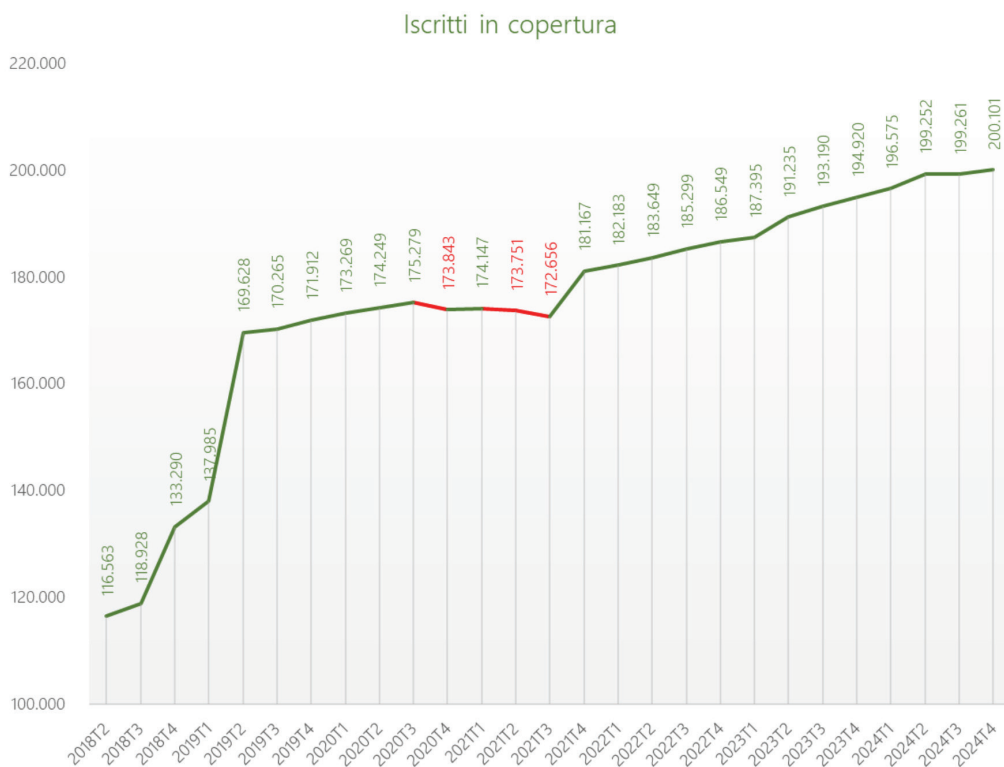


Figura 2 - Iscritti in copertura da inizio attività

ASSEMBLEA DEI DELEGATI

2025



La media annua degli iscritti in copertura è in costante aumento. Il grafico sopra evidenzia in rosso i tre trimestri in cui si è registrata una contrazione di iscritti rispetto al trimestre precedente. Si tratta del quarto trimestre 2020, del secondo e terzo trimestre 2021. Il 2021 si era concluso con un deciso aumento dovuto all'ingresso in copertura dei lavoratori a cui si applica il CCNL Concerie industriali.

Il primo trimestre 2025 si è chiuso con una sostanziale conferma del numero di iscritti in copertura sanitaria: 200.149 sono i lavoratori che hanno potuto richiedere prestazioni nel primo dal 1° gennaio al 31 marzo 2025.

ii. Dati anagrafici degli iscritti in copertura

Tra gli iscritti si conferma la prevalenza delle lavoratrici di sesso femminile. La distribuzione è pressoché invariata rispetto al 2023, sebbene la percentuale del genere femminile è in leggera crescita a fine 2024: le lavoratrici rappresentano il 55,7% del totale, erano il 54,8% lo scorso anno.

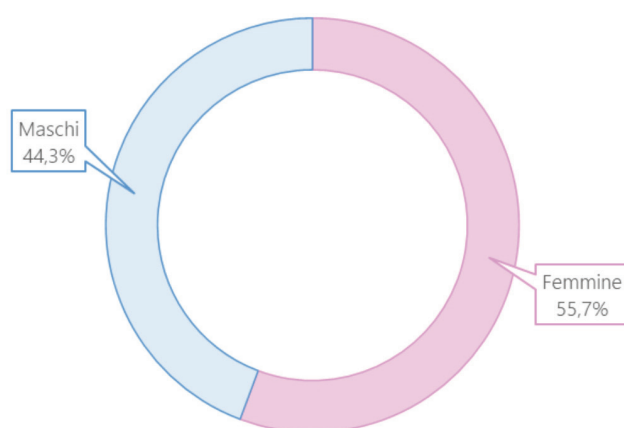


Figura 3 - Iscritti per genere

La distribuzione dei lavoratori per età anagrafica continua ad evidenziare la concentrazione dei lavoratori tra i 50 e i 59 anni: il 35,2% dei lavoratori in copertura il 31 dicembre 2024 è collocato in questa fascia di età, erano il 37,3% lo scorso anno.

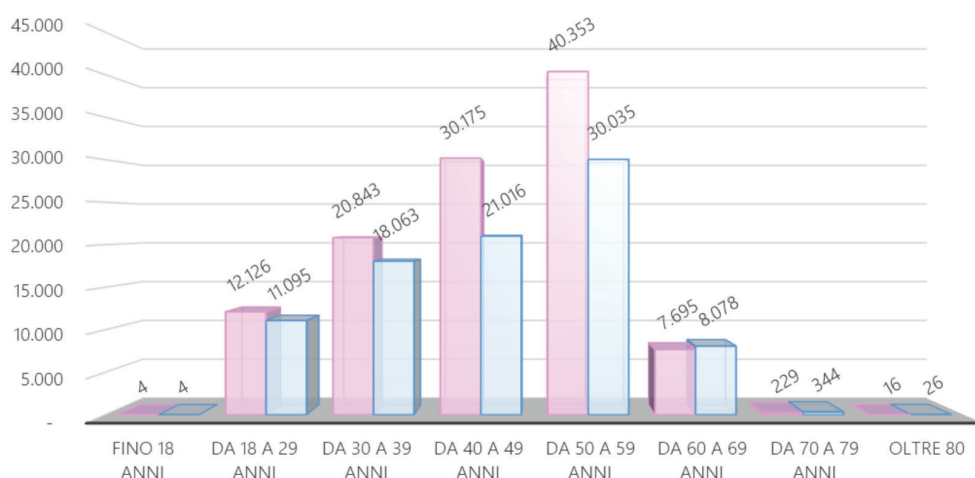


Figura 4 - Iscritti per fasce di età e genere

Rispetto all'anno precedente, il 2024 ha segnato un ringiovanimento degli associati in copertura sanitaria. Come dimostra la tabella che segue, sono in deciso aumento i dipendenti tra i 18 e i 39 anni di età, e al contrario in diminuzione chi ha più di 40 anni.

FASCE DI ETÀ	FEMMINE	MASCHI	TOTALE
FINO 18 ANNI	3	4	7
DA 18 A 29 ANNI	4.161	2.312	6.474
DA 30 A 39 ANNI	2.111	1.510	3.620
DA 40 A 49 ANNI	-741	-996	-1.737
DA 50 A 59 ANNI	-744	-1.560	-2.304
DA 60 A 69 ANNI	-173	-684	-857
DA 70 A 79 ANNI	1	-25	-24
OLTRE 80	-1	2	1
TOTALE	4.618	563	5.181

Tabella 2 - Variazione lavoratori in copertura al 31/12/24 rispetto al 31/12/23

Il ringiovanimento della base associativa attiva è ben visibile nel grafico che segue che mostra la percentuale dei lavoratori per fascia d'età rispetto all'anno precedente.

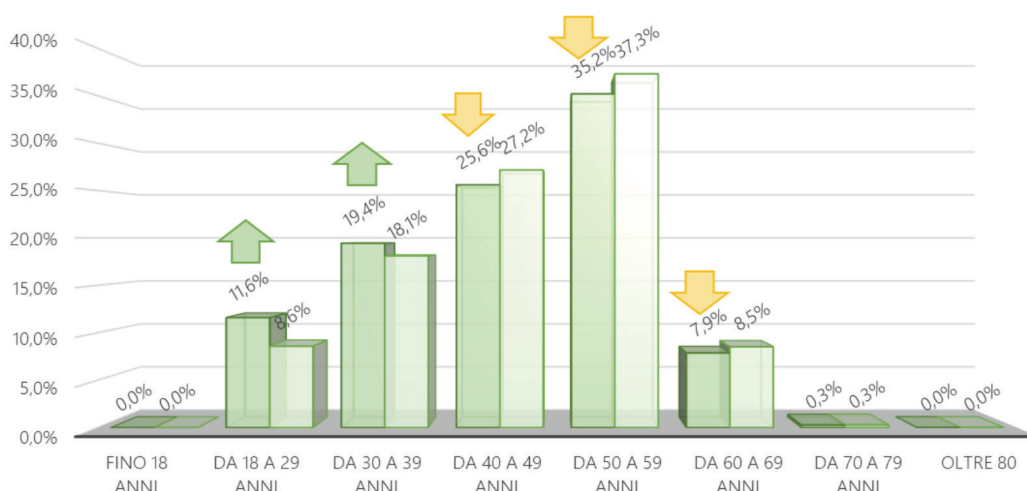


Figura 5 - Lavoratori per fasce di età: 2024 e 2023 a confronto

iii. Familiari in copertura

I Piani Sanitari di Sanimoda garantiti da UniSalute e Generali sono prestati a favore dei lavoratori iscritti dalle Aziende e al coniuge fiscalmente a carico o al convivente more-uxorio o unito civilmente il cui reddito complessivo annuo non deve essere superiore a 2.840,51 €, come stabilito dalla normativa vigente.

Mentre il lavoratore è iscritto a Sanimoda dalla propria Azienda, coniuge o convivente more uxorio devono essere iscritti dai lavoratori nell'Area Riservata ad essi dedicata, senza il versamento di ulteriori contributi.



A fine 2024 i coniugi/conviventi in copertura sono aumentati di 821 unità rispetto all'anno precedente.

Tra i coniugi e conviventi more uxorio fiscalmente a carico continua ad esserci una netta predominanza delle donne che rappresentano l'83,3% dei coniugi/conviventi registrati in copertura al 31 dicembre 2024.

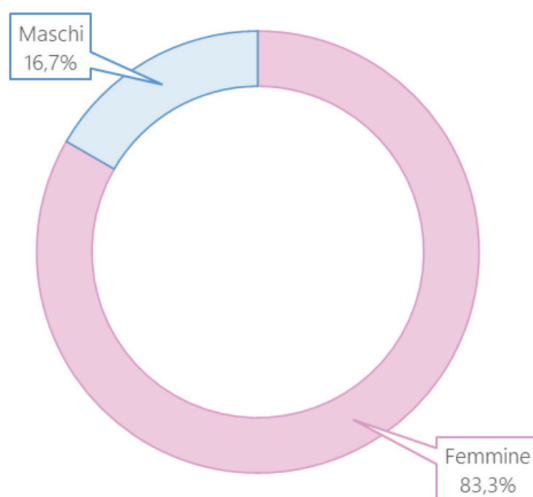


Figura 6 - Coniugi/conviventi in copertura per genere

Due coniugi/conviventi su 3 sono donne di età compresa tra i 40 e 59 anni.

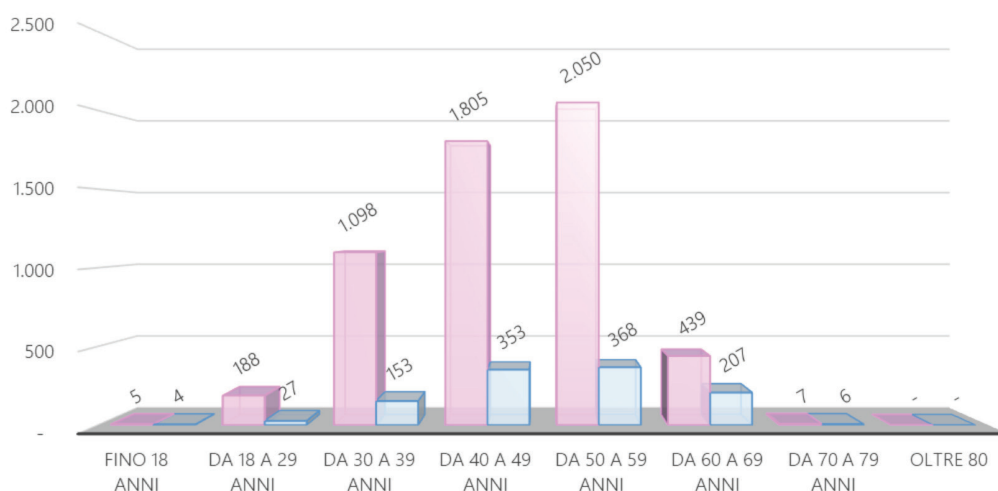


Figura 7 - Coniugi/conviventi in copertura per fasce di età

I Piani Sanitari di Sanimoda sono prestati anche favore dei figli minori dei lavoratori. A differenza del coniuge/convivente a carico, i figli hanno accesso a specifiche prestazioni:

- pacchetti di prevenzione: ogni figlio ha diritto ad un pacchetto ad anno solare. Al contrario della prevenzione prevista per gli adulti, i pacchetti per i minori non si scelgono, ma sono definiti in base all'età;

- apparecchi ortodontici: per ogni nucleo familiare è previsto un rimborso di 100€ all'anno se ci si rivolge al dentista privato, 300€ se si opta per un centro convenzionato;
- alta diagnostica e alta specializzazione, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, visite specialistiche per i soli figli dei dipendenti che hanno accesso al Piano Premium.

A fine 2024 i figli minorenni in copertura sono diminuiti di 289 unità rispetto all'anno precedente.

Mentre i coniugi rimangono in copertura finché il lavoratore riceve la contribuzione aziendale a meno che quest'ultimo entri nell'area riservata per denunciare la perdita dei requisiti, vale a dire che il coniuge/convivente non sia più fiscalmente a carico, i figli escono di copertura automaticamente al termine dell'anno solare in cui hanno compiuto 18 anni. In particolare, a fine 2023 4.225 figli avevano compiuto 18 anni e quindi sarebbero usciti dalla copertura sanitaria il giorno successivo. Il 31 dicembre 2024 i figli maggiorenni che sarebbero usciti dalla copertura il 1° gennaio 2025 erano 2.402.

I figli, al pari del coniuge/convivente, devono essere iscritti dai lavoratori nell'Area Riservata gratuitamente. Condizione necessaria è che si tratti di figli naturali o adottivi e, appunto, che siano minorenni. La distinzione di genere è di fatto invariata rispetto al 2023, con meno di due punti percentuale di scarto dei maschi (50,8%) sulle femmine (49,2%).

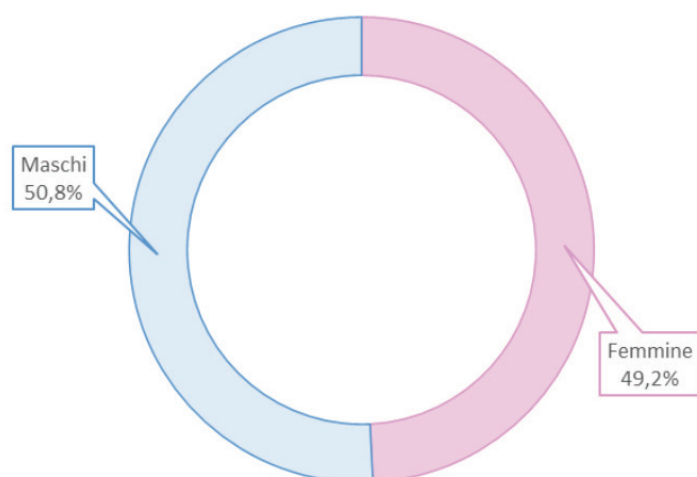


Figura 8 - Figli in copertura per genere

Dal 1° gennaio 2025 si è deciso di chiedere agli associati di confermare che il coniuge/convivente sia ancora fiscalmente a carico, con l'obiettivo di dedicare le risorse a disposizione di Sanimoda esclusivamente per i coniugi/conviventi che ne abbiano effettivo diritto. Si sono quindi cancellati tutti i coniugi/conviventi in copertura e si è inviata un'email ai relativi capo-famiglia chiedendo di iscrivere nuovamente i propri coniugi/conviventi nell'area riservata.

Al 31 dicembre 2024 sono in copertura 239.139 persone, in crescita del 2,4% rispetto alle 233.426 di un anno prima.

FASCE DI ETÀ	FEMMINE	MASCHI	TOTALE
LAVORATORI	111.440	88.661	200.101
CONIUGI/CONVIVENTI	5.592	1.118	6.710
FIGLI	15.914	16.414	32.328
TOTALE	132.946	106.193	239.139

Tabella 3 - Persone in copertura al 31/12/2024

Ne consegue che la maggioranza delle persone in copertura è di genere femminile.

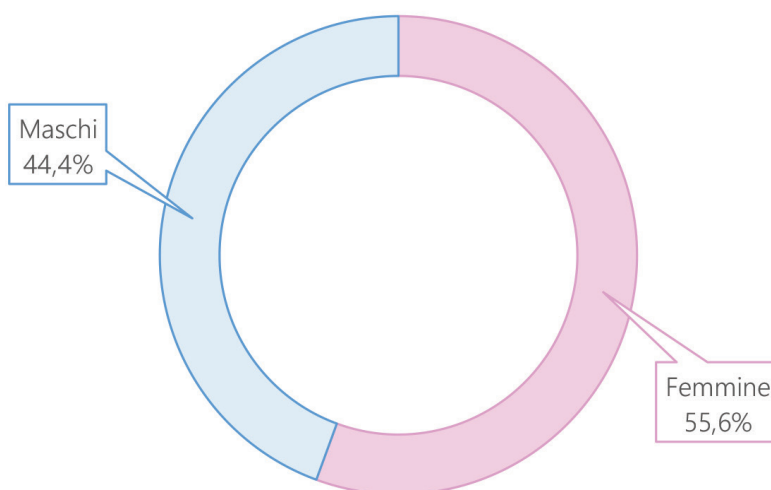


Figura 9 - Totale persone in copertura per genere

iv. Distribuzione territoriale lavoratori in copertura

Anche se i lavoratori sono distribuiti in tutte le Regioni italiane, poco meno di tre su quattro risiedono in Lombardia, Toscana, Veneto e Piemonte. Rispetto al 2023.

A fine 2024 i lavoratori in copertura sanitaria residenti in Lombardia, Toscana e Piemonte sono diminuiti rispetto ad un anno prima, anche se in modo marginale. L'incremento dei lavoratori residenti in Veneto (+1.766) ha portato questa regione ad occupare la seconda posizione in termini di iscritti, superando la Toscana.

RELAZIONE SULLA GESTIONE
AL 31 DICEMBRE 2024

.....

REGIONE	2024	%	2023	%
LOMBARDIA	50.853	25,4%	51.681	26,5%
VENETO	38.804	19,4%	37.038	19,0%
TOSCANA	37.092	18,5%	37.100	19,0%
PIEMONTE	19.941	10,0%	20.112	10,3%
MARCHE	14.326	7,2%	13.413	6,9%
EMILIA ROMAGNA	12.872	6,4%	12.403	6,4%
PUGLIA	6.297	3,1%	5.755	3,0%
CAMPANIA	4.878	2,4%	3.438	1,8%
UMBRIA	3.949	2,0%	3.335	1,7%
ABRUZZO	3.625	1,8%	3.349	1,7%
LAZIO	2.791	1,4%	2.713	1,4%
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.609	0,8%	1.634	0,8%
TRENTINO ALTO ADIGE	1.261	0,6%	1.242	0,6%
SICILIA	508	0,3%	428	0,2%
MOLISE	446	0,2%	462	0,2%
LIGURIA	345	0,2%	333	0,2%
SARDEGNA	189	0,1%	186	0,1%
BASILICATA	145	0,1%	155	0,1%
CALABRIA	138	0,1%	111	0,1%
VALLE D'AOSTA	20	0,0%	20	0,0%
ESTERO	12	0,0%	12	0,0%
TOTALE	200.101	100,0%	194.920	100,0%

Tabella 4 - Distribuzione territoriale dei lavoratori n copertura al 31/12/2024

v. Iscritti in copertura per la non autosufficienza

Il 31 dicembre 2024 gli iscritti in copertura contro il rischio di perdere l'autosufficienza sono 163.161, in deciso aumento rispetto ai 127.038 iscritti in copertura a fine del 2023.

Questo incremento è dovuto ai rinnovi dei CCNL Pelle, Cuoio e Ombrelli, Penne e Spazzole ed Occhialeria che hanno previsto il versamento dei contributi a copertura di questo rischio a partire dal 2024.

Il 1° gennaio 2025 anche i CCNL Calzature e Giocattoli e Modellismo prevedono il versamento della contribuzione dedicato alla non autosufficienza. Il CCNL delle Concerie Industriali prevedono il versamento di questo contributo a partire dal 1° gennaio 2026. Ne consegue, che con l'anno nuovo tutte le aziende iscritte a Sanimoda sono tenute a versare il contributo per la non autosufficienza, fatta eccezione di quelle aziende che intenderanno attivare la clausola di salvaguardia.

A questo proposito, è da notare che alcune aziende che hanno esercitato la clausola di salvaguardia per i Piani Sanitari hanno deciso di versare a Sanimoda il contributo per la non autosufficienza.



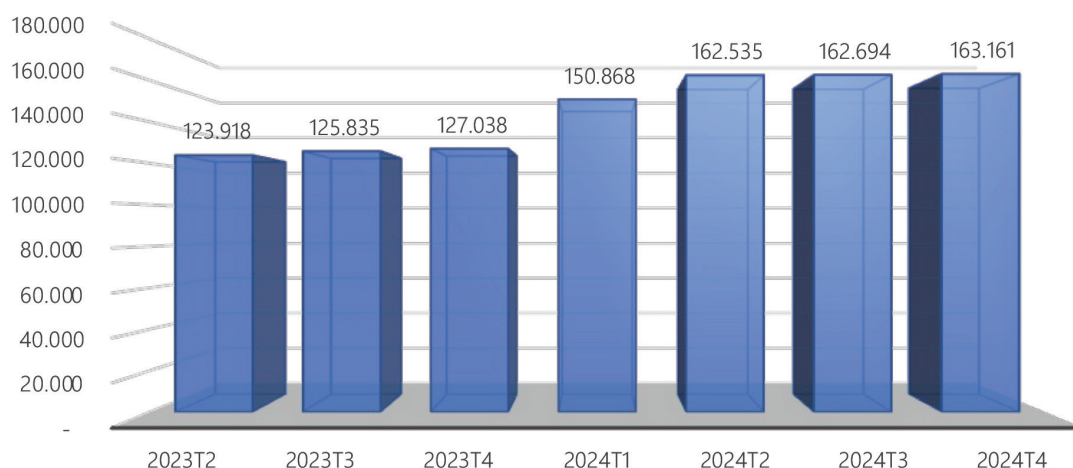


Figura 10 - Iscritti in copertura per la non autosufficienza

5. AZIENDE ISCRITTE

Nell'ultimo trimestre 2024 hanno versato i contributi a Sanimoda 5.302 aziende. Poco più di tre aziende su quattro applicano il CCNL Tessile Abbigliamento Moda. Nella tabella che segue si evidenziano i numeri delle aziende suddivise per contratto applicato.

La tabella mostra il numero di associati, già visto precedentemente, e la media di dipendenti per azienda. Emerge che le aziende che applicano il contratto Pelle, Cuoio o Ombrelli hanno la media di dipendenti più alta e le aziende che applicano il contratto Concerie Industriali la media più bassa.

CCNL	2024	%	ASSOCIATI	MEDIA
TESSILE ABBIGLIAMENTO MODA	3.557	67,1%	129.760	36
CALZATURE	785	14,8%	32.943	42
CONCERIE INDUSTRIALI	417	7,9%	10.185	24
PELLE, CUOIO E OMBRELLI	298	5,6%	16.104	54
OCCHIALERIA	152	2,9%	8.130	53
PENNE E SPAZZOLE	59	1,1%	2.006	34
GIOCATTOLI E MODELLISMO	34	0,6%	973	29
TOTALE	5.302	100,0%	200.101	38

Tabella 5 - Aziende per tipologia CCNL al 31/12/2024

Il numero delle aziende che hanno contribuito a Sanimoda nell'ultimo trimestre dell'anno è diminuito nel 2024 rispetto all'anno precedente, come mostra la tabella che segue.

RELAZIONE SULLA GESTIONE
AL 31 DICEMBRE 2024

.....

CCNL	2024	2023	2024 VS 2023	
TESSILE ABBIGLIAMENTO MODA	3.557	3.595	-38	-1,1%
CALZATURE	785	811	-26	-3,2%
CONCERIE INDUSTRIALI	417	428	-11	-2,6%
PELLE, CUIOIO E OMBRELLI	298	295	3	1,0%
OCCHIALERIA	152	148	4	2,7%
PENNE E SPAZZOLE	59	58	1	1,7%
GIOCATTOLE E MODELLISMO	34	30	4	13,3%
TOTALE	5.302	5.365	-63	-1,2%

Tabella 6 - Aziende per tipologia CCNL: confronto 2024 - 2023

La diminuzione del numero delle aziende e il contestuale aumento dei lavoratori in copertura dimostrano che le nuove aziende che hanno iniziato a contribuire nel 2024 hanno dimensioni superiori rispetto alle aziende che hanno smesso di contribuire nello stesso anno. In particolare, le aziende che hanno versato il contributo nell'ultimo trimestre 2023 che non hanno versato il contributo nell'ultimo trimestre 2024 sono 401 per un totale di 7.375 dipendenti. Di contro, nel 2024 hanno iniziato a contribuire 336 aziende per un totale di 10.635 dipendenti. In sintesi, le nuove aziende hanno mediamente più dipendenti di quelle che hanno smesso di contribuire nell'ultimo trimestre 2024.

La tabella che segue mostra l'evoluzione dei CCNL che prevedono l'assistenza sanitaria garantita da Sanimoda.

La seconda colonna mostra la data in cui è diventato obbligatorio iscriversi a Sanimoda: il primo contratto è il Tessile Abbigliamento Moda che ha previsto l'iscrizione a Sanimoda il 1° gennaio 2018. In realtà, questo contratto ha chiesto alle aziende di versare un acconto del contributo riferito al primo trimestre 2018 già nel quarto trimestre dell'anno precedente. Segue l'Occhialeria fino ad arrivare alle Concerie Industriali che hanno fatto il loro ingresso in Sanimoda il 1° luglio 2021.

CCNL	ISCRIZIONE	INIZIO COPERTURA	PIANO SANITARIO	PIANO ATTUALE	CAMBIO PIANO	NON AUTOSUFF.
TESSILE ABBIGLIAMENTO MODA	01/01/18	01/04/18	PLUS	PREMIUM	01/01/26	01/04/23
OCCHIALERIA	01/04/18	01/04/18	PLUS	PREMIUM	01/01/24	01/04/24
PENNE E SPAZZOLE	01/07/18	01/10/18	PLUS	PREMIUM	01/01/24	01/01/24
PELLE, CUIOIO E OMBRELLI	01/09/18	01/12/18	BASE	PREMIUM	01/01/24	01/01/24
GIOCATTOLE E MODELLISMO	01/09/18	01/12/18	BASE	PLUS	01/01/26	01/01/25
CALZATURE	01/05/19	01/05/19	PLUS	PLUS	01/01/26	01/01/25
CONCERIE INDUSTRIALI	01/07/21	01/10/21	PLUS	PLUS	01/04/26	01/01/25

Tabella 7 - Ingresso CCNL in Sanimoda e cambi piano

Il primo contributo versato per ogni lavoratore a Sanimoda è trattenuto dal fondo a titolo di quota di iscrizione. Ne consegue che la data di inizio copertura esposta nella precedente tabella è di norma posticipata a tre mesi dopo la data di iscrizione. Fa eccezione il CCNL Occhialeria che ha previsto il versamento di un doppio contributo nel secondo trimestre 2018 per assicurare la copertura sanitaria sin dall'inizio di questo trimestre, il 1° aprile 2018.



La tabella mostra l'ultimo cambio piano previsto per ogni contratto, già inserendo le variazioni riguardanti il futuro. Nel 2024 sono passati al piano Premium i lavoratori a cui si applicano i CCNL Occhialeria, Penne e Spazzole e Pelle, Cuoio e Ombrelli.

La tabella evidenzia anche i cambi piano futuri già previsti dagli ultimi rinnovi contrattuali. Nel 2026 è previsto il passaggio al Premium dei rimanenti CCNL oggi ancora sul Plus: Giocattoli e modellismo, Calzature e Concerie Industriali. Ne consegue che il 31 marzo 2026 il Piano Plus scadrà. Il contratto Tessile Abbigliamento Moda prevede a partire dal 1° gennaio 2026 un incremento contributivo di 3€ al mese. Il Consiglio di amministrazione dovrà quindi battezzare un nuovo Piano che preveda questo incremento contributivo.

In ultimo, nel 2026 anche il contratto delle Concerie Industriali prevederà il versamento del contributo dedicato alla non autosufficienza.

Resta inteso che già ora le aziende possono decidere di aumentare il contributo a Sanimoda in modo volontario, opzione che abbiamo visto essere stata scelta da alcune aziende che stanno versando un contributo aggiuntivo per offrire le maggiori prestazioni previste dal Piano Premium. Da gennaio 2026 tutte le aziende che applicano un CCNL diverso dal Tessile Abbigliamento Moda potranno operare questa scelta.

6. CONTRIBUZIONE

La contribuzione a Sanimoda è trimestrale: le aziende versano l'importo fissato dal CCNL di riferimento a favore dei dipendenti in forza ad inizio trimestre. Non è prevista la possibilità di riproporzionare l'importo in nessun caso, poiché la polizza che è alla base dei Piani Sanitari ha durata trimestrale e non può essere attivata a trimestre inoltrato o conclusa prima della fine del trimestre.

Come già ricordato, ogni azienda è obbligata a versare il contributo definito dal CCNL che applica ai propri dipendenti. È sempre possibile aumentare la contribuzione, in modo da assicurare garanzie maggiori, mentre non è possibile scegliere un piano inferiore.

La novità del 2024, come indicato nel precedente paragrafo, riguarda il passaggio al Piano Premium dei CCNL Pelle, Cuoio e Ombrelli, Occhialeria e Penne e Spazzole in virtù dell'incremento contributivo di 3€ al mese previste dall'ultimo rinnovo contrattuale.

Sempre nel 2024 gli stessi contratti hanno previsto il versamento del contributo di 2€ mensili che garantiscono la copertura in caso di non autosufficienza.

La tabella che segue mostra l'attuale contributo trimestrale previsto da ogni singolo CCNL.

CCNL	PIANO SANITARIO	PIANI SANITARI	NON AUTOSUFF.	TOTALE
TESSILE ABBIGLIAMENTO MODA	PIANO PREMIUM	45,00 €	6,00 €	51,00 €
CALZATURE	PIANO PLUS	36,00 €	- €	36,00 €
PELLE, CUOIO E OMBRELLI	PIANO PREMIUM	45,00 €	6,00 €	51,00 €
CONCERIE INDUSTRIALI	PIANO PLUS	36,00 €	- €	36,00 €
OCCHIALERIA	PIANO PREMIUM	45,00 €	6,00 €	51,00 €
PENNE E SPAZZOLE	PIANO PREMIUM	45,00 €	6,00 €	51,00 €
GIOCATTOLI E MODELLISMO	PIANO PLUS	36,00 €	- €	36,00 €

Tabella 8 - Contributo trimestrale al 31/12/2024

Già nel primo trimestre 2025 è aumentato di 6€ il contributo previsto dal CCNL delle Calzature e dei Giocattoli, che oggi pagano quindi 42€ al trimestre per ogni dipendente in forza. Le aziende che hanno esercitato la clausola di salvaguardia per i piani sanitari garantiti da UniSalute e Generali hanno la possibilità di iscriversi e versare unicamente i 6€ trimestrali dovuti per la non autosufficienza. Hanno fatto questa scelta alcune aziende, spesso di grandi dimensioni.

Affinché il processo di contribuzione vada a buon fine, l'azienda deve compilare nel sistema gestionale di Sanimoda una distinta contributiva che contenga i dati anagrafici di ogni dipendente. Alla distinta deve fare seguito un bonifico di pari importo: l'abbinamento tra distinta e bonifico fa sorgere il diritto alla copertura sanitaria.

Ogni iscritto può controllare la propria situazione contributiva nell'Area Riservata di Sanimoda. La nuova piattaforma messa a disposizione di One Welf espone in modo più chiaro e intuitivo la situazione contributiva, evidenziando in verde i trimestri in cui l'iscritto è regolarmente in copertura, in giallo il trimestre di carenza (primo trimestre per ogni lavoratore) e in rosso i trimestri in cui manca la contribuzione e di conseguenza la copertura.

Ogni lavoratore vede in questo modo sia la copertura relativa ai piani sanitari che quella riferita alla non autosufficienza.

I contributi sono classificati in bilancio sotto le diverse voci a cui sono dedicati i paragrafi che seguono.

i. Contributi di iscrizione

Come deliberato dall'Assemblea dei Delegati il 25 ottobre 2017, *"i primi tre mesi di contribuzione di ogni aderente e successivi assunti, saranno gestiti nel fondo per costruire un'adeguata autonomia patrimoniale"*. Si tratta del cosiddetto trimestre di carenza che è trattenuto dal Fondo e quindi non dà accesso alle prestazioni sanitarie. Questa tipologia di contribuzione è registrata in un conto specifico chiamato "Contributo per quote di iscrizione".

Trattandosi di un importo dovuto una sola volta da ciascun lavoratore, anche in caso di sospensione della contribuzione o di cambio di azienda, l'ammontare dei contributi di iscrizione è proporzionale al numero dei nuovi iscritti al Fondo.



Nel corso del 2023 la quota di contributi di iscrizione era quasi raddoppiata rispetto al 2022. Questo incremento è imputabile al primo contributo versato dalle aziende che applicano il CCNL Tessile Abbigliamento Moda per la non autosufficienza dovuto ad inizio anno. Si aggiunge il primo contributo per la non autosufficienza che le aziende che applicano i CCNL Pelle, Cuoio e Ombrelli e Penne e Spazzole hanno dovuto versare nell'ultimo trimestre 2023.

Nel 2024 i contributi per iscrizione sono scesi a 1.116.333€. In questo importo è confluita la prima trimestralità di contribuzione per la non autosufficienza dei lavoratori a cui si applica il CCNL Occhialeria, oltre che i neo-assunti con qualunque contratto del Comparto Moda.

ANNO	CONTRIBUTI DI ISCRIZIONE
2018	4.945.837
2019	1.303.454
2020	555.238
2021	920.896
2022	1.044.480
2023	2.057.572
2024	1.116.333

Tabella 9 - Contributi d'iscrizione

Anche quest'anno i contributi di iscrizione sono girati al Fondo di Dotazione, che rappresenta la riserva patrimoniale a cui si attinge in casi di necessità. La patrimonializzazione dei Fondi Sanitari è fondamentale se si vuole pensare di passare dall'attuale modello assicurato ad un modello anche solo parzialmente autogestito.

Il mancato versamento alle Compagnie di Assicurazione della prima contribuzione versata ad ogni lavoratore comporta la possibilità di chiedere le prestazioni previste dal fondo con un trimestre di ritardo, a meno che l'azienda non decida di pagare un doppio contributo: in questo caso il primo contributo viene destinato a quota di iscrizione e il secondo alla copertura delle prestazioni sanitarie.

L'entrata in copertura successiva al primo versamento è chiamata impropriamente "trimestre di carenza". La carenza, in gergo assicurativo, indica il periodo iniziale, che decorre dalla data di validità del contratto, durante il quale l'eventuale sinistro non è in garanzia. Questo principio è previsto nelle polizze assicurative individuali per evitare che l'assicurato sottoscriva il contratto assicurativo per coprire un problema già in essere. A titolo esemplificativo, si pensi alle cure odontoiatriche. Se non fosse prevista alcuna carenza, chiunque ha mal di denti prima di recarsi dal dentista sarebbe tentato di sottoscrivere una polizza sanitaria che prevede la copertura delle spese odontoiatriche. In Sanimoda, come abbiamo visto, il contributo di iscrizione non ha l'obiettivo di limitare il rischio di richieste di prestazioni, ha lo scopo di dare un patrimonio adeguato al Fondo che altrimenti non ne disporrebbe.

In passato si è attinto al Fondo di Dotazione nel 2020, quando si è deciso di stipulare una polizza che ha riconosciuto indennità per isolamento domiciliare e ricovero a seguito di tampone positivo al Covid, senza chiedere alcun contributo né alle aziende né ai lavoratori.

ii. Contributi a copertura delle spese amministrative

I contributi successivi a quelli di iscrizione sono girati alle Compagnie di assicurazione per ottenere la copertura sanitaria. Sanimoda non versa l'intero importo incassato, ma trattiene la quota fissa pari a:

- 2,50€ al trimestre sul contributo destinato a UniSalute e Generali per garantire le prestazioni dei Piani Sanitari;
- 0,50€ al trimestre sul contributo relativo alla non autosufficienza.

Questi contributi rappresentano le risorse a disposizione del Fondo per coprire le spese di funzionamento e sono registrati come "contributi a copertura delle spese amministrative".

Nel corso del 2024 i contributi a copertura delle spese amministrative ammontano a 2.316.823 €, in aumento del 10% rispetto ai 2.104.930€ registrati nel 2023, come esposto nella tabella che segue.

ANNO	CONTRIBUTI AMM.VI
2018	907.002
2019	1.602.648
2020	1.741.600
2021	1.755.985
2022	1.844.200
2023	2.104.930
2024	2.316.823

Tabella 10 - Contributi a copertura spese amministrative

L'incremento è dovuto all'aumento degli iscritti in copertura da cui trimestralmente si trattengono i 2,50€, oltre all'ulteriore quota di 0,50€ che da quest'anno riguarda anche i dipendenti a cui si applicano i CCNL Pelle, Cuoio e Ombrelli, Penne e Spazzole e Occhialeria.

iii. Contributi associativi

I contributi al netto della parte destinata alla copertura delle spese amministrative sono da considerare i veri e propri contributi associativi, quelli cioè che danno il diritto ad usufruire delle prestazioni socio-sanitarie che rappresentano lo scopo statutario dell'associazione.

Nel corso dell'anno 2024 Sanimoda ha incassato contributi per le prestazioni per 32.374.244€:

- 32.460.396€ versati a UniSalute e Generali;
- 3.515.919€ versati ad Aon che li ha girati a Zurich e Ima.

I contributi versati a Generali e UniSalute sono aumentati del 7% rispetto al 2023 per effetto del maggior numero di associati per cui si sono raccolti i contributi aziendali.

I contributi versati ad Aon sono cresciuti del 70% per effetto dell'entrata in copertura per il rischio della non autosufficienza dei dipendenti a cui si applicano i CCNL Pelle, Cuoio e Ombrelli e Penne e Spazzole, per cui si sono raccolti nel 2024 quattro trimestralità di contributi, e dei dipendenti a cui si applica il CCNL Occhialeria per cui si sono raccolti tre trimestri.

Nella tabella che segue vengono riportati i saldi dei contributi per le prestazioni con l'evidenza della crescita percentuale rispetto all'anno precedente.

ANNO	UNISALUTE E GENERALI		ZURICH E IMA		TOTALE
2018	12.117.966		-		12.117.966
2019	21.004.418	73,3%	-		21.004.418
2020	27.348.143	30,2%	-		27.348.143
2021	27.789.155	1,6%	-		27.789.155
2022	29.144.843	4,9%	-		29.144.843
2023	30.301.733	4,0%	2.072.510		32.374.243
2024	32.460.396	7,1%	3.515.919	69,6%	35.976.315

Tabella 11 - Contributi associativi

7. GESTIONE ASSICURATIVA

I contributi associativi sono interamente versati alle Compagnie che si prendono carico dei rischi coperti da Sanimoda.

I contributi associativi sono uguali per tutti gli associati, senza distinzione di età, sesso, stato di salute e inquadramento contrattuale. Questa equità di trattamento è il principio fondante di Sanimoda che si basa sull'universalità e sulla mutualità: tutti gli associati si sostengono reciprocamente, condividendo rischi e benefici di essere associati a Sanimoda.

Il premio versato ad UniSalute e Generali comprende anche il corrispettivo dei servizi resi da UniSalute: costo della centrale operativa, dei sistemi informatici (area riservata ed app) messa a disposizione dei nostri iscritti, costo per il convenzionamento di nuovi centri e per la manutenzione dei contratti esistenti, costi per la gestione delle richieste di rimborso e di prenotazione presso le strutture convenzionate e ogni altro costo necessario a riconoscere le prestazioni ai nostri associati.

Zurich incassa i premi che hanno come principale scopo assicurare il rischio della non autosufficienza, oltre a coprire i costi di funzionamento della polizza stessa, come l'analisi delle richieste di riconoscimento della non autosufficienza che provengono dai nostri iscritti.

Ima incassa i premi per rendere i servizi spiegati nel secondo capitolo di questo documento.

I premi riconosciuti alle Compagnie sono registrati nel conto "Premi per le prestazioni sanitarie indirette" che hanno pari importo, ma con segno opposto, dei "contributi associativi". Il risultato della gestione assicurativa, dato dalla somma algebrica di questi due conti, non ha

quindi impatto sul margine di gestione. Questo significa altresì che l'andamento tecnico della convenzione assicurativa, calcolato come rapporto dei sinistri sui premi, non trova rappresentazione nel bilancio di Sanimoda, ma impatta unicamente sul bilancio delle Compagnie assicurative.

L'assenza di impatto sul conto economico non significa che Sanimoda possa disinteressarsi all'equilibrio tecnico della polizza assicurativa che garantisce le prestazioni sanitarie: in caso di andamento negativo, infatti, le Compagnie non avranno interesse a rinnovare la polizza a scadenza. Non solo, le convenzioni che normano la polizza sanitaria prevedono la facoltà di rivedere il contenuto senza dover necessariamente attendere la scadenza naturale in caso di andamento tecnico particolarmente negativo.

Nel successivo paragrafo "Prestazioni Sanitarie" verrà proposta un'analisi approfondita delle prestazioni rese fino al 31 dicembre 2024 da Sanimoda.

Il Consiglio di amministrazione ha deciso di sottoscrivere un contratto con Olivieri Associati a cui ha affidato lo studio attuariale dei dati sulle prestazioni forniti da UniSalute con l'obiettivo di comprendere le esigenze degli associati e di decidere come continuare a fornire l'assistenza sanitaria integrativa al termine della convenzione assicurativa in vigore. Si è infatti consapevoli che solo l'analisi puntuale delle serie storiche di almeno un triennio è necessaria per decidere se spostarsi verso un regime parzialmente o totalmente autogestito.

L'età massima prevista per gli iscritti a Sanimoda è 90 anni per i piani garantiti da UniSalute e Generali, 99 per Zurich e Ima. Il Piano sanitario garantito da UniSalute e Generali può così essere stipulato o rinnovato mediante il pagamento dei contributi ad opera dell'azienda fino al raggiungimento dei 90 anni, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale del Piano stesso al compimento del 91° anno di età.

In quel momento escono dalla copertura tutti i componenti del nucleo familiare del titolare. Analogo principio vale per Zurich e Ima, con la differenza che l'uscita dalla copertura è prevista per i centenari. In entrambi i casi si è ottenuto un limite di età superiore alla media delle polizze sanitarie che dovrebbe assicurare l'assistenza sanitaria integrativa a tutti i lavoratori cui si applicano i CCNL che prevedono Sanimoda.

Il familiare beneficiario perde il diritto alle coperture sanitarie contenute nei piani al termine dell'anno in cui ha compiuto i 70 anni, anche se l'iscritto continua ad avere accesso alle cure previste dal piano sanitario. Non è invece prevista la copertura contro la non autosufficienza per i familiari.

Come si è accennato in precedenza, da quest'anno si è condiviso di chiedere agli associati al fondo di confermare annualmente che i coniugi/conviventi che possono accedere alle prestazioni previste dai Piani Sanitario se fiscalmente a carico siano effettivamente ancora tali. Per questo motivo il 31 dicembre di ogni anno, a partire dal 2024, i coniugi/conviventi vengono tolti dalla copertura e possono beneficiare nuovamente delle prestazioni, senza soluzione di continuità, esclusivamente a seguito della conferma dello status di coniuge/convivente fiscalmente a carico ad opera del lavoratore iscritto. Per evitare inconvenienti, UniSalute ha inviato a fine 2024 e invierà in futuro un'email a tutti i lavoratori che hanno iscritto i propri coniugi/conviventi per informarli.



8. GESTIONE AMMINISTRATIVA

La gestione amministrativa rappresenta l'insieme dei costi connessi al funzionamento del Fondo ed è finanziata con i contributi destinati alle coperture amministrative appena esposti.

A fronte di contributi a copertura delle spese amministrative di 2.104.930€ si sono sostenuti costi per 1.062.754€ così suddivisi:

COSTI AMMINISTRATIVI	2024
COSTI PER SERVIZI	571.257
COSTI PER IL PERSONALE	443.519
AMMORTAMENTI	47.978

Tabella 12 - Costi amministrativi 2024

Nel 2024 sono stati rilevati proventi diversi afferenti non direttamente riconducibili né all'attività assicurativa né alla gestione ordinaria del Fondo:

- Bonus tecnico riconosciuto da Zurich per 764.776€
- Contributo Fondir per i corsi di formazione per 12.882€

Il bonus tecnico riconosciuto da Zurich nasce da un accordo siglato con la Compagnia a cui è destinata la maggior parte dei contributi dedicati alla copertura contro il rischio della perdita dell'autosufficienza.

Zurich ha proposto a Sanimoda il riconoscimento di un bonus tecnico nel caso di andamento tecnico positivo della polizza a titolo di restituzione parziale del premio assicurativo. Tale accordo è valido per tutta la durata della polizza stessa, che scadrà il 31 marzo 2028. Al termine di ogni annualità di polizza, quindi il 31 marzo fino al 2028, Zurich calcolerà il bonus sulla base dei premi incassati e delle riserve tecniche accantonate. L'accordo specifica che le riserve sono calcolate in base al capitale una-tantum destinato ai sinistri occorsi nell'anno a cui si somma la rendita mensile moltiplicata per la speranza di vita delle persone riconosciute non autosufficienti nell'anno, speranza di vita che dipende dall'età anagrafica di queste ultime.

In tale accordo Zurich si impegna a condividere con Sanimoda il calcolo entro luglio di ogni anno. Il riconoscimento del bonus tecnico riferito alla prima annualità di polizza, scaduta il 31 marzo 2024, è stato definito a novembre. Tale ritardo è dovuto ai tempi tecnici di sottoscrizione dell'accordo ed è stato esplicitamente previsto da quest'ultimo documento.

Qualora il saldo fosse negativo, nessun bonus tecnico sarà riconosciuto e nulla sarà dovuto alla Compagnia che si fa quindi carico in via esclusiva dell'andamento negativo della polizza.

La modalità di determinazione e di condivisione del bonus hanno condotto il Consiglio di amministrazione di Sanimoda a proporre di inserire il bonus tecnico esclusivamente quando viene condiviso, quindi necessariamente nel bilancio in cui si chiude il periodo di calcolo, prevedendo quindi la rilevazione dell'importo con il principio di cassa e non di competenza.

Il contributo incassato da Fondir per i corsi di formazione sono anch'essi rilevati per cassa. Tra la richiesta di rimborso formulata da Sanimoda e l'effettivo riconoscimento da parte di Fondir trascorrono alcuni mesi, fino a quel momento non abbiamo la certezza del rimborso. Per questo motivo si è deciso di registrare anche questa posta contabile secondo il principio di cassa.

La differenza tra contributi, costi e oneri e proventi diversi è pari a 2.031.423€ per il 2024, in ulteriore crescita rispetto all'anno precedente quando la differenza ammontava a 1.143.755€. L'incremento di 887.668€ è quasi interamente dovuta al bonus tecnico riconosciuto da Zurich.

Nel 2024 la gestione finanziaria ha portato ad un risultato positivo di 657.722€, in deciso aumento rispetto al risultato del 2023 che si è fermato a 61.255€.

Il risultato della gestione finanziaria è determinato da tre fattori:

- Sanimoda ha spostato tutti i rapporti di conto corrente su BFF Bank, chiudendo ogni conto acceso su Intesa Sanpaolo ad inizio ottobre 2024. Questa decisione è stata presa per due motivi: innanzitutto perché BFF Bank, nella sua qualità di banca depositaria di alcuni fondi pensione come Previmoda, ha la capacità di gestire i conti correnti con la logica tipica dei service amministrativi rendendo più efficiente il controllo sulla contribuzione in entrata. In secondo luogo offre degli interessi attivi sulla liquidità di conto corrente, opzione non prevista da Intesa Sanpaolo. Già i primi effetti sulla gestione finanziaria si erano apprezzati lo scorso anno. Nella relazione 2023 si era scritto che "sulla poca liquidità spostata in BFF sono maturati 3.736€ di interessi, dai quali si deve detrarre la ritenuta fiscale di 971€". Nel corso del 2024 si procederà con la chiusura dei conti aperti su Intesa Sanpaolo". Questi propositi sono stati portati a termine: il 3 ottobre sono stati chiusi i rapporti di conto corrente sul precedente istituto di credito ma sin da subito si è spostata la maggior parte della liquidità su BFF. Il risultato è rappresentato dagli interessi attivi incassati nel 2024 pari a 416.366€;
- Nel secondo semestre 2023 sono stati acquistati Buoni Pluriennali del Tesoro per 1.987.791€ e obbligazioni di Intesa Sanpaolo per 2.000.000€. Questi titoli avevano fruttato nei mesi del 2023 successivi al loro acquisto 58.490€ di cedole al netto delle ritenute fiscali. Nell'intero 2024 non sono stati investite ulteriori somme ma la maturazione dell'intera annualità di cedole ha fruttato 91.356€, sempre al netto delle ritenute alla fonte.
- In ultimo l'investimento sull'OICR sta dando i suoi frutti. Il valore di mercato a fine 2024 registra un aumento di valore di oltre 490.000 rispetto al prezzo di acquisto del 30 giugno 2021. Al termine del 2021, l'OICR evidenziava una sia pur marginale plusvalenza (332€, pari al +0,01%). La turbolenza dei mercati registrata nel 2022 aveva deprezzato il valore dell'OICR. Il NAV a fine 2022 evidenziava un deprezzamento di 139.598€ (-2,79%), ma durante l'ottobre di quell'anno la minusvalenza aveva sfiorato i 200.000€: il 21 ottobre 2022 si è registrato il minimo storico con una perdita potenziale di 199.020€ pari al - 3,98%. Da qui la decisione del Consiglio di amministrazione di accantonare il fondo di svalutazione pari a 150.000€. Al termine del 2023 non solo la perdita di valore era completamente riassorbita, ma addirittura si registrava una potenziale plusvalenza di 154.205€ (+3,08%). Ciononostante, il Consiglio di amministrazione aveva deciso di



lasciare immutato il fondo svalutazione. L'andamento dei mercati nel 2024 ha confermato la rivalutazione dell'OICR su cui si registra un aumento di valore al 31 dicembre 2024 di 491.432€ (+9,83%). Il Consiglio di amministrazione non può che prendere atto del venir meno dell'utilità del fondo di svalutazione che viene quindi azzerato. Questa decisione fa emergere un ulteriore componente positivo di reddito afferente alla gestione finanziaria di 150.000€, il valore del fondo di svalutazione accantonato due anni fa.

L'avanzo di gestione prima delle imposte di ammonta a 2.689.145€, in aumento rispetto al dato dello scorso anno che si fermava a 1.205.010.

Nel 2024 si sono contabilizzati 11.689€ di IRAP all'interno della voce imposte correnti, che portano l'avanzo di gestione netto a 2.677.456€. Di seguito si riportano gli avanzi di gestione netti registrati dall'inizio dell'attività.

AVANZO DI GESTIONE NETTO	IMPORTO
2017	87.457
2018	111.961
2019	797.074
2020	939.428
2021	876.297
2022	785.856
2023	1.193.012
2024	2.677.456
TOTALE	7.468.541

Tabella 13 - Andamento avanzo di gestione

9. PRESTAZIONI SANITARIE

In questo paragrafo si riportano i dati relativi alle prestazioni forniti da UniSalute e Generali. Nel momento in cui si redige questa relazione è in corso il pagamento della rendita per l'unico caso fin qui accertato di non autosufficienza, anche se siamo a conoscenza della denuncia di altri casi negli ultimi mesi. Nella relazione del prossimo anno sapremo dire quante delle istruttorie in corso porteranno al riconoscimento di nuovi casi e quindi al pagamento delle relative rendite.

Si ricorda che all'interno del bilancio non sono riportati i dati delle prestazioni. La voce di costo è rappresentata dai "Premi per prestazioni sanitarie dirette" alle Compagnie di assicurazioni a cui si è ceduto il rischio sanitario ed esternalizzato i servizi di assistenza sociosanitaria a favore dei propri iscritti.

I dati esposti sono stati rilevati a chiusura di febbraio 2025 e non devono essere considerati definitivi. UniSalute, infatti, registra le prestazioni seguendo il principio di competenza: le somme rimborsate e il controvalore delle prestazioni rese in regime di assistenza presso le

strutture convenzionate, sono imputati al mese a cui fa riferimento il documento fiscale attestante la spesa. Nei prossimi mesi si potranno ricevere nuove richieste di rimborso di spese sostenute nel 2024 e saranno regolate le fatture emesse dai centri convenzionati sempre nel 2024. È opportuno ricordare a tal proposito che i nostri iscritti hanno due anni di tempo per presentare le richieste di rimborso.

I dati sulle prestazioni contengono sia i sinistri liquidati che i sinistri riservati. La prima voce si riferisce alle richieste di rimborso e alle fatture emesse dai centri convenzionati per l'assistenza diretta pagati da UniSalute. I sinistri riservati si riferiscono a richieste di rimborso ancora in fase di valutazione, che potrebbero quindi essere rimborsate o contestate. Nei sinistri riservati troviamo inoltre le fatture emesse dalle strutture convenzionate e non ancora pagate da UniSalute e le richieste di assistenza prenotate e ancora da fatturare. In entrambi i casi si potrebbero registrare delle correzioni al ribasso.

i. Sinistri tardivi e sinistri riservati

Per spiegare meglio l'andamento delle prestazioni dopo la chiusura dell'anno, si riprende il dato dei sinistri di competenza 2023 contenuto nella relazione dello scorso anno.

AREA	RETE	FUORI RETE	SSN	TOTALE
AREA RICOVERO	388	585	1.702	2.675
AREA EXTRA OSPEDALIERA	42.613	49.616	69.770	161.999
PREVENZIONE	11.413	73	-	11.486
ODONTOIATRIA	35.770	13.215	400	49.385
ALTRE COPERTURE	1.223	6.064	84	7.371
TOTALE	91.407	69.553	71.956	232.916
MEDIA MENSILE	7.617	5.796	5.996	19.410

Tabella 14 - Prestazioni 2023 rilevate a febbraio 2024

I sinistri di competenza del 2023 registrati a fine febbraio 2025 sono 236.500, 3.584 in più rispetto a quelli esposti nella relazione dello scorso anno. La tabella che segue evidenzia come sono cambiati i sinistri nelle cinque macroaree.

AREA	FEBBRAIO 2025	FEBBRAIO 2024	VARIAZIONE	
AREA RICOVERO	2.974	2.675	299	11,2%
AREA EXTRA OSPEDALIERA	165.696	161.999	3.697	2,3%
PREVENZIONE	11.403	11.486	-83	-0,7%
ODONTOIATRIA	48.841	49.385	-544	-1,1%
ALTRE COPERTURE	7.586	7.371	215	2,9%
TOTALE	236.500	232.916	3.584	1,5%

Tabella 15 - Variazione delle prestazioni 2023 un anno dopo



L'Area Ricovero è quella su cui si concentra il maggior incremento relativo delle prestazioni: rispetto al dato esposto nella relazione del 2023, che riportava i dati comunicati da UniSalute a due mesi dalla chiusura dell'anno, i sinistri sono aumentati dell'11,2%. Le prestazioni che rientrano nell'Area Extra Ospedaliera l'incremento è più ridotto: al termine di febbraio 2025 i sinistri di competenza 2023 sono 3.697 in più rispetto a quelli di cui si aveva contezza nello stesso mese dell'anno precedente, con un aumento del 2,3%. Prevenzione e Odontoiatria evidenziano una contrazione dei sinistri, sia pur nell'ordine dell'1%: i pacchetti di prevenzione 2023 sono oggi 83 in meno di quelli esposti nella relazione di un anno fa (-0,7%), le prestazioni odontoiatriche sono 544 in meno (-1,1%). Le Altre Coperture registrano un aumento del 2,9%.

Questo dato può essere così interpretato. Un anno più tardi rispetto alla chiusura dell'anno, ci si aspetta che i rimborsi possano aumentare per effetto della possibilità data agli assicurati di presentare le richieste fino a due anni dopo alla data del documento fiscale, quindi ci si attende che le richieste di rimborso tardive possano prevalere sulle richieste di rimborso arrivate mesi prima e successivamente contestate, quindi escluse dalla rilevazione successiva. Al contrario, le prestazioni in assistenza diretta sono fatturate dalle strutture convenzionate ad UniSalute quasi contestualmente rispetto a quando vengono effettuate. Vale quindi la considerazione opposta: con il passare dei mesi non ci si aspettano nuove fatturazioni mentre può accadere che ciò che è stato fatturato venga contestato dalla Compagnia, quindi ci si aspetta che prevalga il segno meno.

La suddivisione per tipologia di struttura conferma questa interpretazione.

Le prestazioni rese dalle strutture convenzionate fotografate un anno dopo sono in diminuzione, qualunque sia l'area di appartenenza, come dimostra la tabella che segue.

AREA	FEBBRAIO 2025	FEBBRAIO 2024	VARIAZIONE	
AREA RICOVERO	386	388	-2	-0,5%
AREA EXTRA OSPEDALIERA	42.412	42.613	-201	-0,5%
PREVENZIONE	11.328	11.413	-85	-0,7%
ODONTOIATRIA	34.596	35.770	-1.174	-3,3%
ALTRE COPERTURE	1.220	1.223	-3	-0,2%
TOTALE	89.942	91.407	-1.465	-1,6%

Tabella 16 - Variazione delle prestazioni 2023 in RETE un anno dopo

Le richieste di rimborso sulle prestazioni rese dalle strutture private non convenzionate così come i rimborsi dei ticket rilasciati dalle strutture pubbliche o private accreditate con il Servizio Sanitario nazionale rilevate ad un anno di distanza evidenziano sono tutte in aumento, qualunque sia l'area di appartenenza, come dimostrano la tabelle che seguono.

RELAZIONE SULLA GESTIONE
AL 31 DICEMBRE 2024

.....

AREA	FEBBRAIO 2025	FEBBRAIO 2024	VARIAZIONE	
AREA RICOVERO	655	585	70	12,0%
AREA EXTRA OSPEDALIERA	51.489	49.616	1.873	3,8%
PREVENZIONE	75	73	2	2,7%
ODONTOIATRIA	13.830	13.215	615	4,7%
ALTRE COPERTURE	6.280	6.064	216	3,6%
TOTALE	72.329	69.553	2.776	4,0%

Tabella 17 - Variazione delle prestazioni 2023 FUORI RETE un anno dopo

AREA	FEBBRAIO 2025	FEBBRAIO 2024	VARIAZIONE	
AREA RICOVERO	1.933	1.702	231	13,6%
AREA EXTRA OSPEDALIERA	71.795	69.770	2.025	2,9%
PREVENZIONE	-	-	-	0,0%
ODONTOIATRIA	415	400	15	3,8%
ALTRE COPERTURE	86	84	2	2,4%
TOTALE	74.229	71.956	2.273	3,2%

Tabella 18 - Variazione delle prestazioni 2023 del SSN un anno dopo

ii. Andamento del numero delle prestazioni

Le informazioni fornite da UniSalute e Generali a fine febbraio 2025 indicano che nel 2024 sono state erogate 262.252 prestazioni, con una media di 21.854 prestazioni al mese.

AREA	RETE	FUORI RETE	SSN	TOTALE
AREA RICOVERO	518	766	2.003	3.287
AREA EXTRA OSPEDALIERA	51.278	54.645	76.848	182.771
PREVENZIONE	13.965	48	1	14.014
ODONTOIATRIA	39.725	15.044	347	55.116
ALTRE COPERTURE	1.100	5.840	124	7.064
TOTALE	106.586	76.343	79.323	262.252
MEDIA MENSILE	8.882	6.362	6.610	21.854

Tabella 19 - Numero delle prestazioni 2024

Rispetto al dato aggiornato al 2023 riportato nel precedente paragrafo, il numero delle prestazioni è aumentato del 10,9%. Queste le variazioni registrate in ogni area:

- Area Ricovero: +10,6%
- Area Extra Ospedaliera: +10,3%



- Prevenzione: +22,8%
- Odontoiatria: +12,8%
- Altre coperture: -6,8%

Nei primi sette anni di attività, Sanimoda ha riconosciuto 1.163.604 prestazioni, con una media di 16.864 al mese.

AREA	RETE	FUORI RETE	SSN	TOTALE
AREA RICOVERO	3.315	3.982	11.126	18.423
AREA EXTRA OSPEDALIERA	296.587	287.938	415.020	999.545
PREVENZIONE	65.672	538	8	66.218
ODONTOIATRIA	210.598	75.209	3.343	289.150
ALTRE COPERTURE	6.806	36.707	1.002	44.515
TOTALE	582.978	404.374	430.499	1.417.851
MEDIA MENSILE	7.197	4.992	5.315	17.504

Tabella 20 - Numero delle prestazioni da inizio attività

Il grafico che mostra l'andamento mensile delle prestazioni nell'ultimo triennio evidenzia innanzitutto l'incremento costante delle prestazioni e in secondo luogo mostra un andamento analogo in ogni anno: agosto è il mese con minor utilizzo, mentre marzo e ottobre sono i due mesi dove si raggiungono i picchi massimi di richieste.

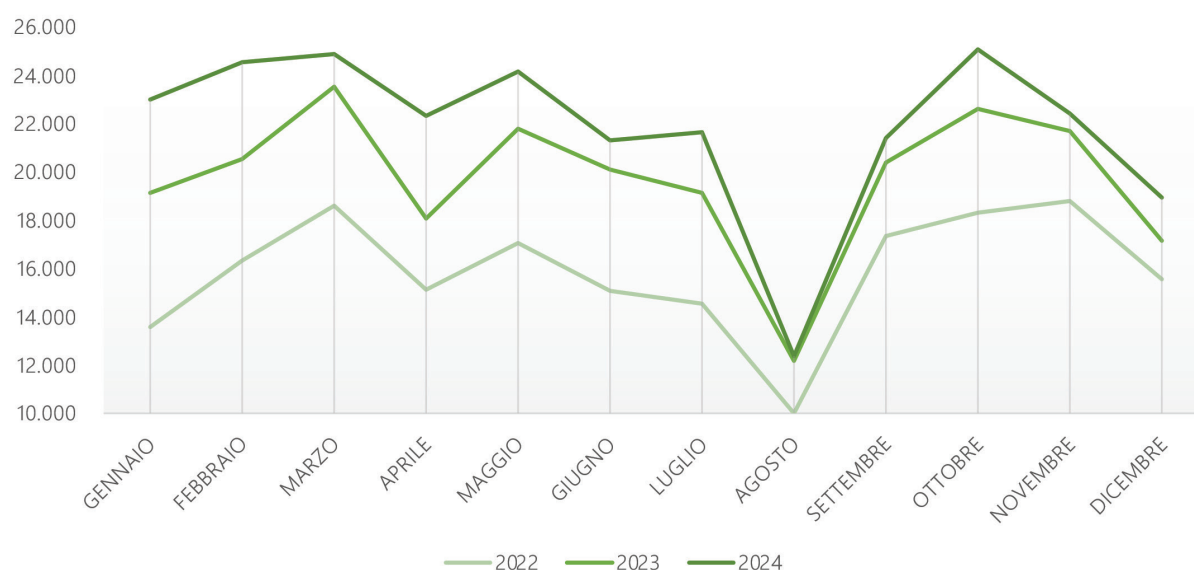


Figura 11 - Andamento mensile dell'ultimo triennio

Il 2019 rimane l'anno con maggiori prestazioni erogate. L'anno appena concluso conferma il recupero delle prestazioni dopo la contrazione del 2020, quando si sono sommati gli effetti della revisione dei Piani Sanitari e la diffusione della pandemia.

Il grafico che segue mostra come l'incremento delle prestazioni nel 2024 sia stato ancora una volta più che proporzionale all'aumento degli iscritti in copertura, come dimostra anche il grafico successivo che evidenzia la media di prestazioni richieste da ogni iscritto.

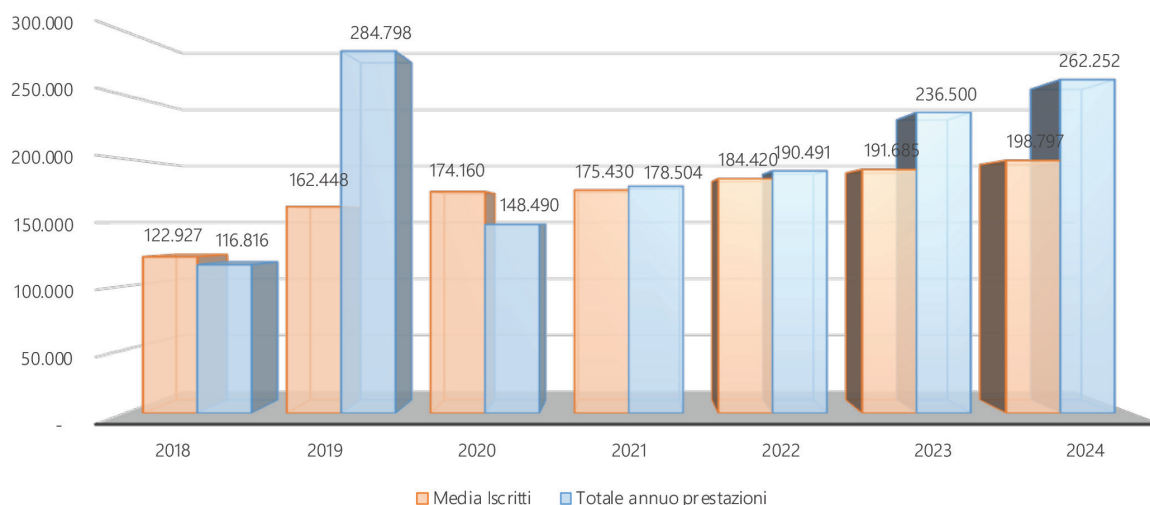


Figura 12 - Numero iscritti in copertura e prestazioni

La media di prestazioni per iscritto è un dato che ci serve per capire il grado di ricorso alle prestazioni di Sanimoda. Sono ancora molti gli iscritti al fondo che non chiedono prestazioni, mentre chi ricorre al piano sanitario nella maggioranza dei casi chiede più prestazioni.

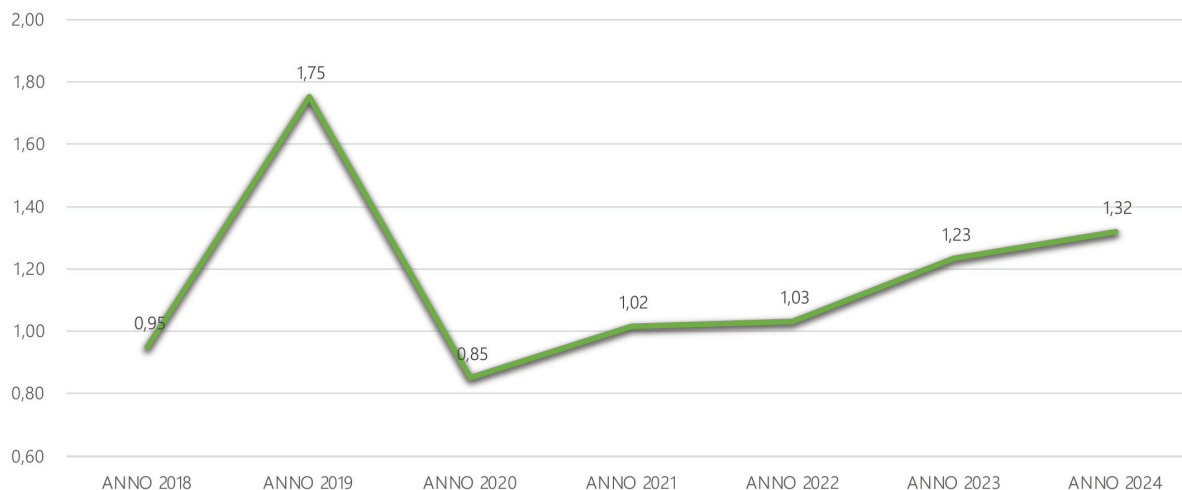


Figura 13 - Media prestazioni richieste per ogni iscritto in copertura

La crescita delle prestazioni più che proporzionale all'aumento del numero di associati dimostra l'apprezzamento dei piani sanitari oltre che la necessità sempre maggiore di integrare le prestazioni garantite dal Servizio Sanitario Nazionale. D'altra parte si pone con sempre maggior forza la sostenibilità dei piani sanitari, tema su cui il Consiglio di amministrazione si sofferma con regolarità.

iii. Andamento del costo medio delle prestazioni

In questo paragrafo si analizza l'evoluzione del costo medio delle quattro macro aree nel corso dell'ultimo triennio.

I grafici che seguono mostrano l'andamento del costo medio delle seguenti aree:

- Area Extra Ospedaliera (o Extra-Ricovero)
- Area Odontoiatrica
- Area Prevenzione
- Area Ricovero

AREA EXTRA OSPEDALIERA (O EXTRA-RICOVERO)

L'Area Extra-Ricovero contiene le cosiddette prestazioni specialistiche che hanno un'alta frequenza ed un costo medio ridotto. In realtà il costo delle singole prestazioni cambia notevolmente.

Una ricerca del 2022 pubblicata da Altro Consumo evidenzia come una visita specialistica ginecologica può oscillare da 30 a 200€ e come il costo medio cambi notevolmente in base alla Regione. Quando l'analisi si sposta su un accertamento come la Risonanza Magnetica, la variabilità è ancora maggiore perché dipende da che tipo di risonanza si richiede: la risonanza ad un arto costa meno di 100€, la risonanza al cuore supera i 900€. Ovviamente il costo della prestazione dipende anche dalla tipologia di struttura: il ricorso al Servizio Sanitario Nazionale, sia in ospedali e presidi pubblici che in strutture private accreditate, comporta il pagamento di un ticket che ha un importo massimo di 36€. La stessa prestazione eseguita in una struttura privata costa molto di più.

Quando parliamo di costo medio ci si riferisce al costo a carico di Sanimoda. Quindi dal costo totale si deve detrarre la quota a carico dell'associato. In generale Sanimoda rimborsa totalmente i ticket sanitari. Le prestazioni contenute nell'Area Extra-Ricovero di norma prevedono l'applicazione di una franchigia, quindi di un importo fisso, quando ci si rivolge alle strutture convenzionate. Il costo per Sanimoda in questi casi è rappresentato dalla differenza tra il costo della prestazione e la franchigia che la struttura incassa direttamente dall'associato. Quindi il costo delle prestazioni specialistiche rese dalle strutture convenzionate varia in base al tipo di prestazione: considerando che la franchigia è pari a 45€, una visita specialistica da 100€ costa a Sanimoda 55€, una risonanza magnetica da 900€ costa a Sanimoda 855€.

Al contrario a chi si rivolge a strutture private viene di norma riconosciuto un massimo rimborsabile che si traduce in un importo fisso: una radiografia senza contrasto prevede un rimborso di 35€, una radiografia con contrasto 85€; un'ecografia 35€; una risonanza magnetica 85€. Ne consegue che le prestazioni extra-Ricovero fuori rete rappresentano un costo fisso per Sanimoda.

Tutto ciò premesso, la linea arancione della figura 14 mostra un andamento piuttosto piatto e quindi un costo medio costante. Il motivo è rappresentato dall'alto numero delle prestazioni che rende il costo medio pressoché costante. Come si è visto nel paragrafo precedente, nel 2024 le prestazioni Extra-Ricovero sono state 182.771.

AREA ODONTOIATRICA

Anche il costo delle prestazioni odontoiatriche varia in base alla tipologia di prestazione: la pulizia dei denti ha un costo limitato e un'alta frequenza, gli impianti hanno un costo più alto ma una bassa frequenza.

L'importo che rimane in carico a Sanimoda è sempre variabile. Sia le prestazioni odontoiatriche rese dai dentisti convenzionati che dai dentisti non convenzionati prevedono una quota a carico di Sanimoda calcolata in percentuale, fatta eccezione per l'igiene orale eseguita fuori rete che prevede un rimborso massimo di 45€.

Affidarsi al dentista convenzionato garantisce una quota a carico dell'associato molto inferiore, pari al 25%, tranne la pulizia dei denti che viene pagata per metà dall'associato e per metà dal fondo. Chi preferisce recarsi dal dentista di fiducia anche quando non ha accettato di convenzionarsi con UniSalute, accetta di prendersi in carico il 30% delle spese con un minimo scoperto di 500€.

La figura 14 mostra un andamento del costo medio dell'odontoiatria con maggiori scostamenti mensili. In particolare la linea evidenzia uno scalino in aumento a gennaio 2023, dovuto alle seguenti modifiche introdotte con la versione dei Piani Sanitari entrata in vigore in quell'anno:

- i tre sotto massimali applicati alle tre tipologie di cure odontoiatriche più comuni (200€ per le cure conservative, 300€ per la chirurgia e le avulsioni e 300€ per le protesi diverse dagli impianti) sono stati raggruppati in un unico sotto massimale di 700€. Questa modifica ha aumentato la capacità di spesa in queste prestazioni che sono le più frequenti;
- in precedenza i rimborsi delle fatture emesse dai dentisti non convenzionati scontavano una franchigia di 500€ per ogni documento. Questa modalità implicava la mancanza di rimborsi per chi presentava fatture inferiori a questa soglia, anche se riferite ad un unico piano di cure odontoiatriche. Dal 2023 si è sostituita la franchigia con un minimo non rimborsabile applicabile all'intero importo del piano odontoiatrico, purché la richiesta di rimborso avvenga in un'unica soluzione.

Questi miglioramenti si sono tradotti in un costo medio delle prestazioni odontoiatriche maggiore.

PREVENZIONE

La Prevenzione è l'area in cui si è registrato il maggior incremento del costo medio delle prestazioni: nel 2023 i pacchetti utilizzati sono costati mediamente 159€, dodici mesi prima il loro costo medio è stato 109€, con un aumento del 45%. Questo incremento è dovuto alle maggiori prestazioni che si è ottenuto di inserire nei pacchetti di prevenzione a partire dal 2023.

Alla prevenzione dedicheremo un intero paragrafo che riassume le modifiche entrate in vigore dal 2025.



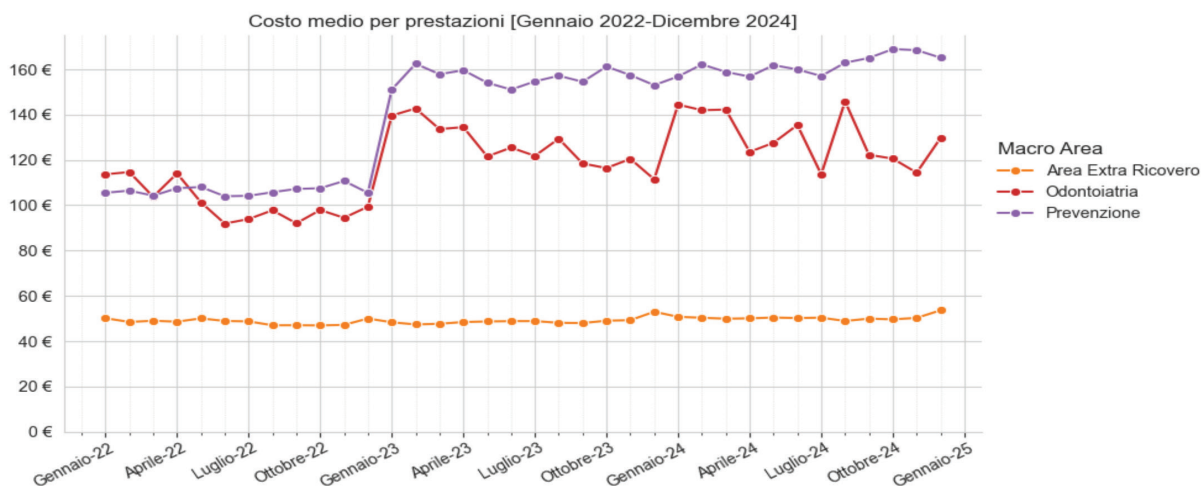


Figura 14 - Costo medio per prestazioni Extra Ricovero, Odontoiatria e Prevenzione dal 2022 al 2024

AREA RICOVERO

Il costo medio dell'Area Ricovero è riportato in un grafico a parte sia per il costo medio decisamente più elevato delle tre aree appena commentate, sia per le forti oscillazioni che caratterizzano il costo dei Ricoveri.

Il costo medio del ricovero è stato inferiore ai 1.000€ solamente in agosto 2024. In ottobre 2022 si è registrato il picco massimo del costo medio vicino ai 1.800€.

Il costo dei ricoveri varia innanzitutto per la struttura scelta. Se il ricovero è avvenuto in regime di esenzione in un ospedale pubblico o in una clinica accreditata, viene riconosciuta un'indennità sostitutiva di 50€ a notte che raddoppia a 100€ nel caso di grande intervento chirurgico. Se il ricovero avviene in una struttura convenzionata, l'associato si fa carico di una franchigia fissa che diminuisce in base alla gravità del ricovero. Per un ricovero legato ad un grande intervento è richiesta una franchigia di 750€, il ricovero medico, quindi senza intervento, prevede una franchigia di 1.800€. Il costo del ricovero dipende anche dalle prestazioni pre e post-ricovero richieste.

Ai rimborsi per le spese sostenute dall'iscritto in caso di ricoveri eseguiti in strutture private non convenzionate si applica uno scoperto del 30%, quindi Sanimoda si accolla la spesa del 70% dei ricoveri privati non convenzionati.

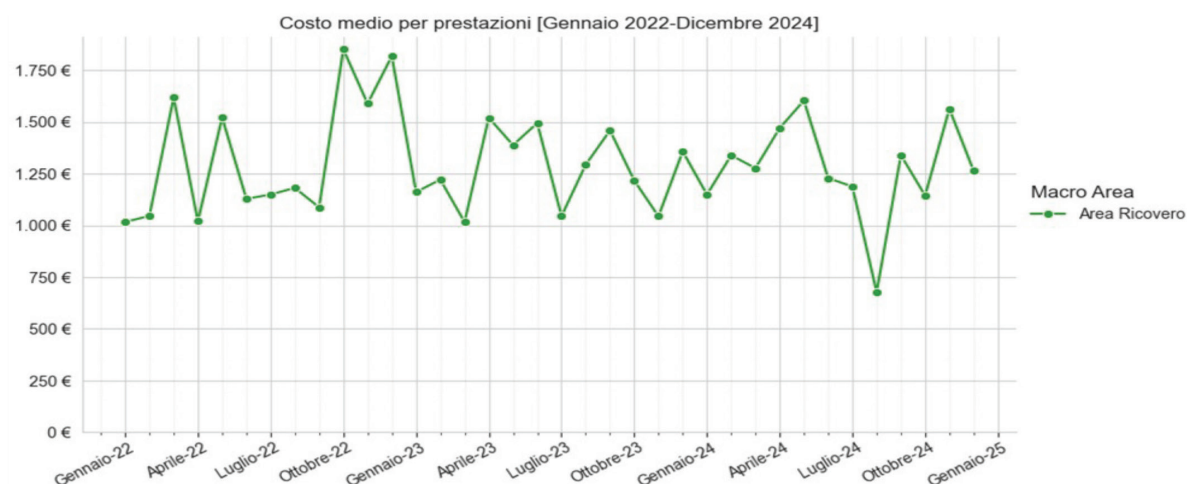


Figura 15 - Costo medio per Ricoveri dal 2022 al 2024

iv. Suddivisione delle prestazioni per tipologia di struttura

Le strutture convenzionate si dimostrano il canale privilegiato dagli associati a Sanimoda, in ulteriore aumento rispetto al dato riportato nella Relazione dello scorso anno.

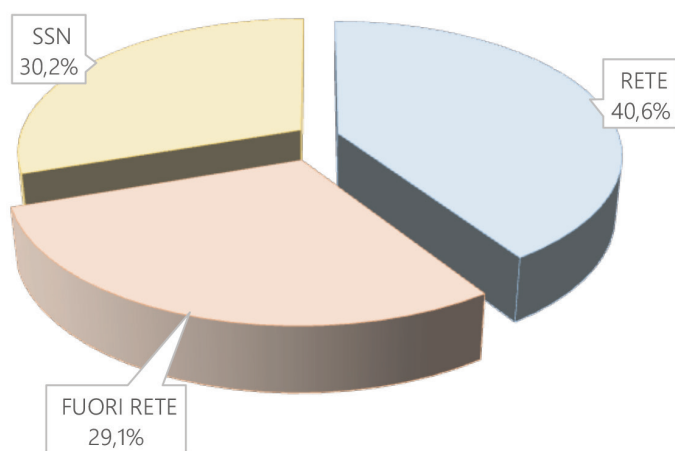


Figura 16 - Numero prestazioni 2024: suddivisione per tipologia di struttura

Come sempre, queste percentuali sono destinate a cambiare anche se in modo marginale. In particolare, come descritto in precedenza, ci si attende che le richieste di rimborso di competenza 2024 che perverranno ad UniSalute nel corso del 2025 saranno superiori ai sinistri ora riservati che potranno essere contestati. Al contrario, le prestazioni in rete sono destinate a diminuire perché prevarranno le eventuali contestazioni sulle nuove fatture. Ogni anno la percentuale delle prestazioni in rete diminuisce con il passare dei mesi, mentre i rimborsi aumentano, come dimostra la tabella che segue che mostra come è variata la percentuale delle prestazioni di competenza 2023 rilevate a febbraio 2025.

STRUTTURA	FEBBRAIO 2025	FEBBRAIO 2024	VARIAZIONE
RETE	38,0%	39,2%	-1,2%
FUORI RETE	30,6%	29,9%	0,7%
SSN	31,4%	30,9%	0,5%

Tabella 21 - Numero prestazioni 2023: un anno dopo

Il peso delle prestazioni rese dalle strutture convenzionate nel 2023 è sceso di 1,2% mentre i rimborsi delle fatture emesse dalle strutture private e i rimborsi dei ticket pagati alle strutture pubbliche e private accreditate con il SSN sono aumentate rispettivamente dello 0,7% e dello 0,5%. Queste variazioni non hanno però cambiato la sostanza: le strutture convenzionate restano le più utilizzate.

La tabella che segue mostra l'utilizzo per struttura di ciascuno dei 7 anni di operatività di Sanimoda.

ANNO	RETE	FUORI RETE	SSN
2018	42,9%	29,7%	27,4%
2019	51,7%	24,9%	23,4%
2020	35,9%	29,6%	34,4%
2021	36,4%	29,0%	34,6%
2022	37,2%	28,5%	34,3%
2023	38,0%	30,6%	31,4%
2024	40,6%	29,1%	30,2%
TOTALE	41,1%	28,5%	30,4%

Tabella 22 - Numero prestazioni: peso delle tipologie di strutture

Le percentuali riportate in tabella dimostrano come la revisione dei piani sanitari entrata in vigore nel 2020 abbia profondamente inciso sulle scelte dei nostri iscritti: nel 2019 più della metà si era rivolta alle strutture convenzionate e meno di un iscritto su quattro aveva chiesto rimborsi di ticket rilasciati dal Servizio Sanitario Nazionale. L'inserimento delle franchigie in caso di assistenza diretta ha spinto molti iscritti a scegliere il Servizio Sanitario Nazionale e, sia pur in misura più ridotta, le strutture private a discapito della rete delle strutture convenzionate.

Continua il trend di aumento delle preferenze delle strutture convenzionate che è passato dal 35,9% del 2020 al 40,6% del 2024. Inesorabile appare la diminuzione delle prestazioni ottenute dal Servizio Sanitario Nazionale: si è passati dal 34,3% del 2022 al 30,2% di quest'anno, sintomo che anche gli associati a Sanimoda riescono sempre meno ad usufruire delle prestazioni pubbliche.

Le percentuali sopra descritte cambiano sensibilmente se si prende in considerazione il controvalore anziché il numero delle prestazioni: il 40,6% delle prestazioni rese dalle strutture convenzionate pesa per quasi il 60% della spesa sanitaria sostenuta, mentre il 30,2% della spesa sostenuta presso le strutture accreditate dal Servizio Sanitario nazionale rappresenta il 13,2% della spesa complessiva.

RELAZIONE SULLA GESTIONE

AL 31 DICEMBRE 2024

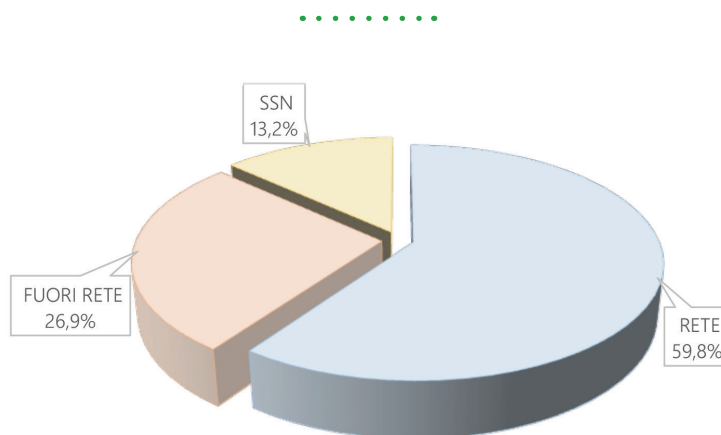


Figura 17 - Valore prestazioni 2024: suddivisione per tipologia di struttura

La scelta della tipologia di struttura varia notevolmente da Regione a Regione, come dimostra la tabella che segue. L'Abruzzo si conferma l'unica regione in cui si ricorre più al Servizio Sanitario Nazionale (42%) rispetto alle strutture private (34%) e alle strutture convenzionate (24%). Interessante il confronto tra Lombardia e Lazio. In entrambe le Regioni si registra una presenza diffusa delle strutture convenzionate, che infatti rappresentano la tipologia più utilizzata (rispettivamente 37% e 48%). È invece evidente il differente utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il 31% delle prestazioni provenienti dalla Lombardia si riferiscono a rimborsi di ticket, mentre nel Lazio le strutture accreditate con il SSN rappresentano solo il 16%.

Il confronto tra quest'anno e il precedente evidenzia una generalizzata diminuzione del ricorso alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale e un incremento del ricorso delle strutture private non convenzionate. Quest'ultimo dato dimostra quanto sia apprezzata la libertà di scelta della struttura a cui rivolgersi.

REGIONE	RETE	FUORI RETE	SSN
ABRUZZO	24%	34%	42%
BASILICATA	18%	46%	36%
CALABRIA	32%	58%	10%
CAMPANIA	28%	51%	21%
EMILIA ROMAGNA	36%	35%	29%
FRIULI V. GIULIA	25%	38%	37%
LAZIO	48%	36%	16%
LIGURIA	40%	33%	27%
LOMBARDIA	37%	32%	31%
MARCHE	33%	36%	31%
MOLISE	17%	46%	37%
PIEMONTE	39%	34%	27%
PUGLIA	25%	53%	22%
SARDEGNA	23%	59%	18%
SICILIA	21%	59%	20%
TOSCANA	46%	33%	21%
TRENTINO ALTO ADIGE	19%	42%	39%
UMBRIA	45%	26%	29%
VALLE D'AOSTA	12%	80%	8%
VENETO	27%	38%	35%

Tabella 23 - Utilizzo tipologia di strutture per Regione

ASSEMBLEA DEI DELEGATI

2025



v. Suddivisione delle prestazioni per area

L'Area Extra-Ospedaliera si conferma essere la più utilizzata anche nel 2024. Alta diagnostica ed alta specializzazione, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, Visite specialistiche anche omeopatiche, trattamenti di fisioterapia per patologie ed infortuni, procreazione medicalmente assistita, e, per il solo Piano Premium, il rimborso dei medicinali.

L'Area Extra-Ospedaliera rappresenta il 69,7% del totale del numero di prestazioni afferenti all'anno di competenza 2024. Si conferma la progressiva anche se marginale contrazione di quest'area, testimoniata dalla tabella che segue.

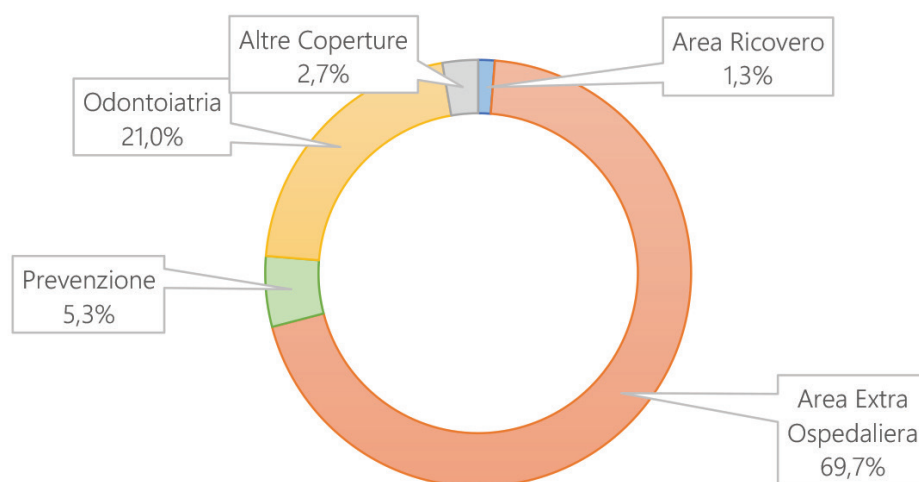


Figura 18 - Numero prestazioni 2023: suddivisione per area

La seconda area per utilizzo è l'odontoiatria, che rappresenta il 21,0% delle prestazioni. Il peso di quest'area sul numero delle prestazioni totale ha superato nel 2024 il massimo raggiunto nel 2023.

AREA	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	MEDIA
AREA RICOVERO	1,6%	1,6%	1,0%	1,1%	1,2%	1,3%	1,3%	1,3%
AREA EXTRA OSPEDALIERA	70,0%	70,9%	72,5%	70,7%	70,0%	70,1%	69,7%	70,5%
PREVENZIONE	3,2%	3,3%	4,4%	5,7%	5,8%	4,8%	5,3%	4,7%
ODONTOIATRIA	20,7%	20,9%	20,0%	19,3%	19,6%	20,7%	21,0%	20,4%
ALTRE COPERTURE	4,4%	3,4%	2,0%	3,2%	3,4%	3,2%	2,7%	3,1%
TOTALE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabella 24 - Peso del numero delle prestazioni per area

L'Extra Ospedaliera è l'area per cui si spende di più, ma il distacco dall'odontoiatria si riduce sostanzialmente in termini di spesa. Il 38,9% delle risorse di Sanimoda sono impegnate per riconoscere le cure specialistiche, il 29,8% è destinato alle cure dentarie. L'Area Ricovero si conferma essere particolarmente onerosa: l'1,3% dei ricoveri rappresentano il 18% dell'intera spesa di Sanimoda.

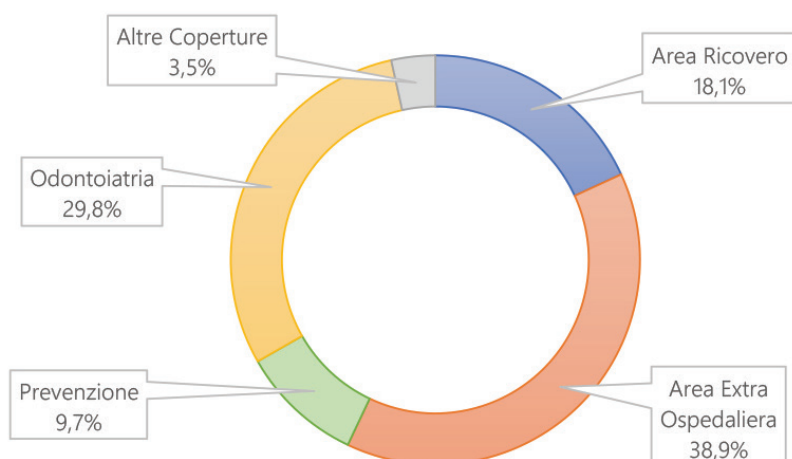


Figura 19 - Valore prestazioni 2024: suddivisione per area

Le spese odontoiatriche rientrano nel calcolo delle risorse vincolate necessarie per ottenere la conferma dell'iscrizione all'Anagrafe dei fondi sanitari. In questi ultimi mesi si sono rincorse notizie su probabile aumento della soglia delle risorse da destinare alle cosiddette prestazioni extra-LEA, dove LEA è l'acronimo di Livelli Essenziali di Assistenza. Si sta ipotizzando un incremento dal 20% al 30% delle risorse che i fondi sanitari devono destinare a queste prestazioni. Il fatto che Sanimoda dedichi già il 30% alla sola odontoiatria è quindi rassicurante.

La spesa destinata alla prevenzione è in costante ascesa e segna nel 2023 un nuovo record storico, come appare evidente nella tabella che segue e che indica il peso in termini di spesa delle varie aree.

AREA	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	MEDIA
AREA RICOVERO	13,0%	17,1%	18,1%	19,8%	20,8%	19,0%	18,1%	17,9%
AREA EXTRA OSPEDALIERA	39,5%	38,3%	43,2%	42,8%	41,8%	39,1%	38,9%	40,0%
PREVENZIONE	4,3%	4,1%	6,3%	7,7%	7,6%	8,7%	9,7%	6,7%
ODONTOIATRIA	37,9%	37,0%	28,8%	25,9%	24,4%	29,6%	29,8%	31,4%
ALTRE COPERTURE	5,3%	3,5%	3,5%	3,8%	5,3%	3,6%	3,5%	3,9%
TOTALE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabella 25 - Peso del valore delle prestazioni per area

AREA RICOVERO

L'Area ricovero comprende le seguenti coperture:

- ricovero in istituto di cura;
- day hospital e day surgery;
- intervento chirurgico ambulatoriale (per grandi interventi);
- parto ed aborto terapeutico;
- ospedalizzazione domiciliare;
- interventi neonatali;
- rimborso spese ed indennizzo per accompagnatore;
- trattamenti di fisioterapia, osteopatia, chinesioterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post-intervento;
- farmaci;
- trasporto sanitario;
- trapianti;
- rimpatrio della salma;
- interventi neonatali.

In caso di ricovero vengono riconosciuti:

- pre-ricovero – esami, accertamenti diagnostiche e visite specialistiche effettuati nei 240 giorni precedenti l'inizio del ricovero, resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che hanno determinato il ricovero;
- intervento chirurgico – onorari dell'equipe che effettua l'intervento, diritti di sala operatoria e materiale utilizzato;
- assistenza medica e cure – prestazioni infermieristiche, consulente mediche-specialistiche, esami ed accertamenti diagnostici effettuati durante la degenza;
- rette di degenza – ad esclusione delle spese voluttuarie;
- accompagnatore – retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'istituto di cura o in struttura alberghiera. La copertura prevede un limite di 50€ al giorno per un massimo di 30 giorni nel caso in cui il ricovero sia prestato in un istituto di cura non convenzionato;
- assistenza infermieristica privata individuale – per un massimo di giorni pari a quelli del ricovero;
- post-ricovero – esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali effettuati nei 240 giorni successivi alla cessazione del ricovero resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

Nel 2024 le prestazioni da ricondurre all'area ricovero pesano l'1,3% in termine di numero di prestazioni, il 18,1% in termine di controvalore. Il peso di quest'area si è incrementato nel 2024 rispetto a dodici mesi prima sia per numero che per controvalore.

RELAZIONE SULLA GESTIONE AL 31 DICEMBRE 2024

.....

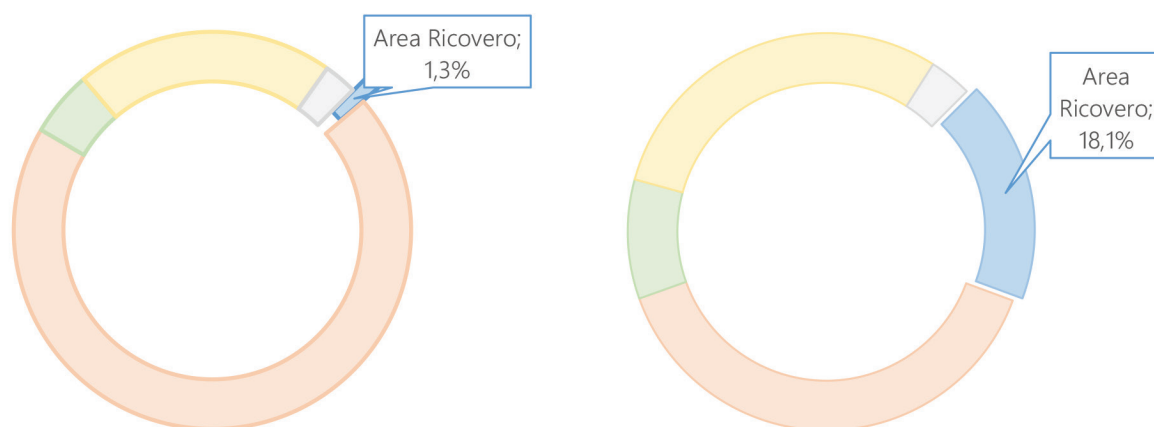


Figura 20 - Area ricovero

A tutto il 31 dicembre 2024 sono state gestite 18.423 prestazioni nell'Area ricovero. Di seguito si riporta l'andamento del numero delle prestazioni dal 1° aprile 2018.

AREA	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTALE
AREA RICOVERO	1.927	4.462	1.482	1.941	2.350	2.974	3.287	18.423
AREA EXTRA OSPEDALIERA	81.795	201.901	107.729	126.221	133.432	165.696	182.771	999.545
PREVENZIONE	3.735	9.406	6.530	10.157	10.969	11.407	14.014	66.218
ODONTOIATRIA	24.169	59.480	29.759	34.525	37.260	48.841	55.116	289.150
ALTRE COPERTURE	5.190	9.549	2.990	5.660	6.480	7.582	7.064	44.515
TOTALE	116.816	284.798	148.490	178.504	190.491	236.500	262.252	1.417.851

Tabella 26 - Andamento numero delle prestazioni dell'Area Ricovero

Il peso percentuale medio del numero di prestazioni riconducibili a quest'area è pari a circa l'1,3%.

AREA	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	MEDIA
AREA RICOVERO	1,6%	1,6%	1,0%	1,1%	1,2%	1,3%	1,3%	1,3%
AREA EXTRA OSPEDALIERA	70,0%	70,9%	72,5%	70,7%	70,0%	70,1%	69,7%	70,5%
PREVENZIONE	3,2%	3,3%	4,4%	5,7%	5,8%	4,8%	5,3%	4,7%
ODONTOIATRIA	20,7%	20,9%	20,0%	19,3%	19,6%	20,7%	21,0%	20,4%
ALTRE COPERTURE	4,4%	3,4%	2,0%	3,2%	3,4%	3,2%	2,7%	3,1%
TOTALE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%

Tabella 27 - Peso del numero delle prestazioni dell'Area Ricovero

RELAZIONE SULLA GESTIONE
AL 31 DICEMBRE 2024

.....

Il peso percentuale della spesa per i ricoveri è pari al 17,9%.

AREA	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	MEDIA
AREA RICOVERO	13,0%	17,1%	18,1%	19,8%	20,8%	19,0%	18,1%	17,9%
AREA EXTRA OSPEDALIERA	39,5%	38,3%	43,2%	42,8%	41,8%	39,1%	38,9%	40,0%
PREVENZIONE	4,3%	4,1%	6,3%	7,7%	7,6%	8,7%	9,7%	6,7%
ODONTOIATRIA	37,9%	37,0%	28,8%	25,9%	24,4%	29,6%	29,8%	31,4%
ALTRE COPERTURE	5,3%	3,5%	3,5%	3,8%	5,3%	3,6%	3,5%	3,9%
TOTALE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabella 28 - Peso della spesa delle prestazioni dell'Area Ricovero

Nel corso del 2024 si sono registrate 3.287 prestazioni relative all'Area Ricovero così suddivise:

TIPO PRESTAZIONE	2024
RICOVERO	1.469
INDENNITÀ SOSTITUTIVA	1.443
INTERVENTO AMBULATORIALE	318
RICOVERO PER PARTO O ABORTO	57
TOTALE	3.287

Tabella 29 - Dettaglio Area Ricovero

Poco più di sei ricoveri su dieci richiesti a Sanimoda sono stati garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale (61%), come dimostra il numero di indennità sostitutive che sono riconosciute agli iscritti che sono stati ricoverati in Ospedale o in Cliniche private accreditate dal SSN, segnale che il pubblico riesce a soddisfare gli italiani quando si parla di ricoveri. Aumenta il peso dei ricoveri richiesti nelle strutture convenzionate (16% nel 2024 a fronte del 13% del 2023) e anche il ricorso alle strutture private non accreditate che passano dal 22% del 2023 al 24% di quest'anno.

TIPO PRESTAZIONE	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTALE
RETE	19%	30%	11%	12%	13%	13%	16%	18%
FUORI RETE	23%	24%	13%	19%	21%	22%	23%	22%
SSN	58%	46%	76%	69%	66%	65%	61%	60%
TOTALE	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabella 30 - Tipo di struttura per Area Ricovero

AREA EXTRA RICOVERO

L'Area extra-ospedaliera comprende le seguenti coperture:

- alta diagnostica e alta specializzazione;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio;
- visite specialistiche, anche omeopatiche;
- trattamenti di fisioterapia, osteopatia, chinesioterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio;
- procreazione medicalmente assistita.

Si ricorda che le prime tre coperture sono estese anche ai figli minori per gli associati che aderiscono al Piano Premium.

Nel 2024 le prestazioni riconducibili all'area extra ricovero pesano il 69,7% (+0,1% rispetto al dato del 2023 rilevato a febbraio 2024) in termini di numero di prestazioni e il 38,9% in termine di controvalore, esattamente come rilevato lo scorso anno.



Figura 21 - Area Extra-Ospedaliera

A tutto il 31 dicembre 2023 sono state liquidate 99.545 prestazioni nell'Area extra-Ospedaliera. Di seguito si riporta l'andamento del numero delle prestazioni dal 1° aprile 2018.

RELAZIONE SULLA GESTIONE
AL 31 DICEMBRE 2024

.....

AREA	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTALE
AREA RICOVERO	1.927	4.462	1.482	1.941	2.350	2.974	3.287	18.423
AREA EXTRA OSPEDALIERA	81.795	201.901	107.729	126.221	133.432	165.696	182.771	999.545
PREVENZIONE	3.735	9.406	6.530	10.157	10.969	11.407	14.014	66.218
ODONTOIATRIA	24.169	59.480	29.759	34.525	37.260	48.841	55.116	289.150
ALTRE COPERTURE	5.190	9.549	2.990	5.660	6.480	7.582	7.064	44.515
TOTALE	116.816	284.798	148.490	178.504	190.491	236.500	262.252	1.417.851

Tabella 31 - Andamento numero delle prestazioni dell'Area Extra-ospedaliera

Il peso percentuale medio nel numero di prestazioni riconducibili a quest'area è sostanzialmente stabile, così come il peso del controvalore sulla spesa totale di Sanimoda.

AREA	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	MEDIA
AREA RICOVERO	1,6%	1,6%	1,0%	1,1%	1,2%	1,3%	1,3%	1,3%
AREA EXTRA OSPEDALIERA	70,0%	70,9%	72,5%	70,7%	70,0%	70,1%	69,7%	70,5%
PREVENZIONE	3,2%	3,3%	4,4%	5,7%	5,8%	4,8%	5,3%	4,7%
ODONTOIATRIA	20,7%	20,9%	20,0%	19,3%	19,6%	20,7%	21,0%	20,4%
ALTRE COPERTURE	4,4%	3,4%	2,0%	3,2%	3,4%	3,2%	2,7%	3,1%
TOTALE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabella 32 - Peso del numero delle prestazioni dell'Area Extra-Ospedaliera

AREA	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	MEDIA
AREA RICOVERO	13,0%	17,1%	18,1%	19,8%	20,8%	19,0%	18,1%	17,9%
AREA EXTRA OSPEDALIERA	39,5%	38,3%	43,2%	42,8%	41,8%	39,1%	38,9%	40,0%
PREVENZIONE	4,3%	4,1%	6,3%	7,7%	7,6%	8,7%	9,7%	6,7%
ODONTOIATRIA	37,9%	37,0%	28,8%	25,9%	24,4%	29,6%	29,8%	31,4%
ALTRE COPERTURE	5,3%	3,5%	3,5%	3,8%	5,3%	3,6%	3,5%	3,9%
TOTALE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabella 33 - Peso della spesa delle prestazioni dell'Area Extra-Ospedaliera

Gi accertamenti diagnostici e le visite sono le due prestazioni specialistiche più utilizzate; rappresentano rispettivamente il 36,9% e il 31,8% del totale dell'Area Extra-Ospedaliera. Segue l'alta specializzazione (24,2%).

La fisioterapia più utilizzata è quella richiesta a seguito delle 11 patologie indicate dai piani sanitari (SLA – Sclerosi Laterale Amiotrofica, sclerosi multipla, parkinson, ictus, infarto, ernia al disco, interventi di stabilizzazione della colonna vertebrale, artroprotesi d'anca, protesi ginocchio, patologie polmonari e artroprotesi alla spalla), segue la fisioterapia a seguito di infortunio e la fisioterapia e riabilitazione a seguito di intervento.

Quest'anno abbiamo tenuto separate le cure oncologiche che sono state 3.277.

TIPO PRESTAZIONE	2024
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	67.493
VISITE SPECIALISTICHE	58.059
ALTA SPECIALIZZAZIONE	44.153
PACCHETTO MATERNITÀ	6.012
CURE ONCOLOGICHE EXTRA-RICOVERO	3.277
FISIOTERAPIA PER PATOLOGIA	1.745
FISIOTERAPIA PER INFORTUNIO	1.165
FISIOTERAPIA POSTINTERVENTO	338
ESAMI DI LABORATORIO	312
PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASS.	217
TOTALE	182.771

Tabella 34 - Dettaglio Area Extra-Ospedaliera

Rispetto allo scorso anno le prestazioni richieste al Servizio Sanitario Nazionale sono leggermente scese in termini percentuali (da 43% a 42%) a favore delle strutture convenzionate (passate dal 26 al 28%). Il problema delle liste di attesa che dissuadono molti italiani a ricorrere sempre più al privato non sembra toccare gli associati di Sanimoda, visto che il peso del rimborso dei ticket sanitari rimane pressoché invariato. Probabilmente però l'alternativa rappresentata da Sanimoda viene vista come un'opportunità per ottenere prestazioni specialistiche in tempi rapidi e quindi il ricorso al privato non è una novità per i nostri associati.

TIPO PRESTAZIONE	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTALE
RETE	34%	44%	23%	24%	24%	26%	28%	30%
FUORI RETE	29%	25%	31%	29%	29%	31%	30%	29%
SSN	37%	32%	46%	47%	47%	43%	42%	42%
TOTALE	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabella 35 - Tipo di struttura per Area Extra-Ospedaliera

LA PREVENZIONE

Il Piano Sanitario prevede al pagamento delle prestazioni comprese in nove pacchetti di prevenzione tematici. Le prestazioni previste da ciascun pacchetto hanno l'obiettivo di monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati. Ogni anno l'iscritto ha diritto ad uno solo dei pacchetti che si elencano di seguito:

- Pacchetto uomo;
- Pacchetto donna;
- Pacchetto donna over 40;
- Pacchetto donna over 50;
- Pacchetto posturale;
- Pacchetto dermatologico;



- Pacchetto prevenzione cardiovascolare;
- Pacchetto prevenzione vista;
- Pacchetto prevenzione udito.

La prevenzione è prevista anche per i figli minori. In questo caso il pacchetto non viene scelto dall'aderente, ma è definito in base all'età:

- Pacchetto 6 mesi – 2 anni;
- Pacchetto 3 – 4 anni;
- Pacchetto 5 – 6 anni;
- Pacchetto 7 – 8 anni;
- Pacchetto 9 – 11 anni;
- Pacchetto 12 – 18 anni;
- Sindrome metabolica.

I pacchetti dedicati ai figli non hanno mai subito modifiche. Dal 2021 è concessa la possibilità di frammentare i pacchetti in modo da poterne usufruire più facilmente: essendo pacchetti molto ricchi, le strutture convenzionate in grado di offrirli in modo completo non erano molte. Ora è possibile suddividere le prestazioni ricorrendo a più di una struttura.

I pacchetti dedicati ai minori possono anche essere effettuati in forma rimborsuale, anche se il rimborso massimo previsto non è in grado di coprire tutte le prestazioni contenute. Questa possibilità è data se all'interno della provincia di residenza non sono disponibili strutture in grado di eseguire esami, accertamenti e visite inserite nel pacchetto. In questo caso è necessario chiedere l'autorizzazione preventiva alla centrale operativa per ottenere il rimborso.

I pacchetti dedicati agli adulti, al contrario, possono essere effettuati esclusivamente nelle strutture che UniSalute ha convenzionato a questo scopo, salvo la possibilità di attivare la clausola dei 10km. così spiegata nella Guida ai Piani Sanitari: "se entro 10 km. dall'indirizzo di residenza non ci sono strutture convenzionate, è possibile recarsi in qualsiasi altra struttura non convenzionata entro il raggio di 10km., ma solo per effettuare quella prestazione e solo con l'autorizzazione della Centrale Operativa". Questa possibilità spiega il sia pur utilizzo residuale di canali diversi dalla rete per la prevenzione.

Nell'esercizio 2024 i pacchetti di prevenzione pesano il 5,3% (+ 0,4% rispetto al 2023) in termine di numero di prestazioni e il 9,7% in termine di controvalore (quasi un punto percentuale in più rispetto a dodici mesi fa).

RELAZIONE SULLA GESTIONE AL 31 DICEMBRE 2024

.....

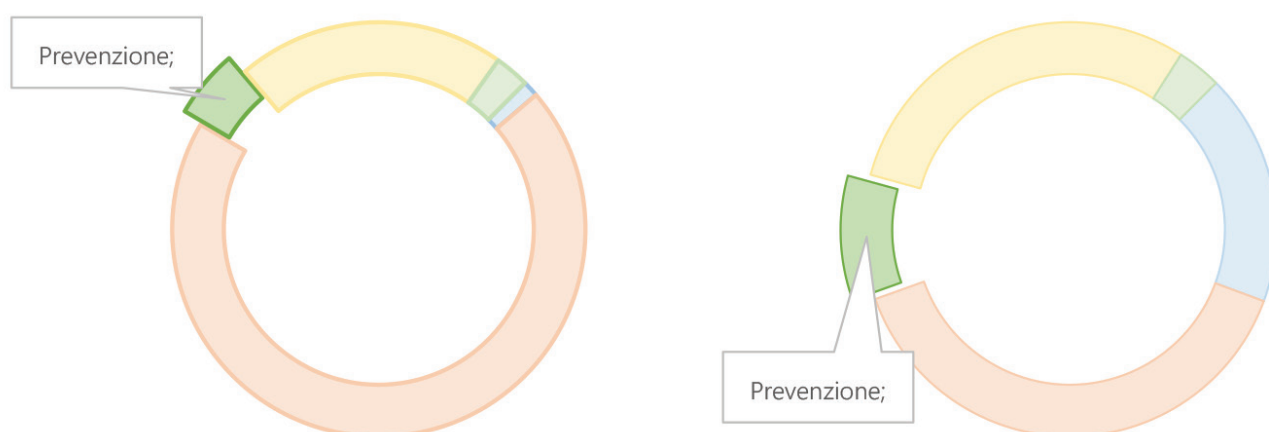


Figura 22 - Area di Prevenzione

Da aprile 2018 sono stati eseguiti 66.218 pacchetti di prevenzione. Le richieste sono in costante aumento. Solamente nel 2020 le richieste sono diminuite, a causa dei ripetuti lockdown hanno limitato il ricorso alle cure in generale, non solo alla prevenzione.

AREA	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTALE
AREA RICOVERO	1.927	4.462	1.482	1.941	2.350	2.974	3.287	18.423
AREA EXTRA OSPEDALIERA	81.795	201.901	107.729	126.221	133.432	165.696	182.771	999.545
PREVENZIONE	3.735	9.406	6.530	10.157	10.969	11.407	14.014	66.218
ODONTOIATRIA	24.169	59.480	29.759	34.525	37.260	48.841	55.116	289.150
ALTRE COPERTURE	5.190	9.549	2.990	5.660	6.480	7.582	7.064	44.515
TOTALE	116.816	284.798	148.490	178.504	190.491	236.500	262.252	1.417.851

Tabella 36 - Andamento numero delle prestazioni dell'Area Prevenzione

Il peso del numero di pacchetti prevenzione è tornato ad aumentare nel corso del 2024, dopo la contrazione registrata lo scorso anno.

AREA	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	MEDIA
AREA RICOVERO	1,6%	1,6%	1,0%	1,1%	1,2%	1,3%	1,3%	1,3%
AREA EXTRA OSPEDALIERA	70,0%	70,9%	72,5%	70,7%	70,0%	70,1%	69,7%	70,5%
PREVENZIONE	3,2%	3,3%	4,4%	5,7%	5,8%	4,8%	5,3%	4,7%
ODONTOIATRIA	20,7%	20,9%	20,0%	19,3%	19,6%	20,7%	21,0%	20,4%
ALTRE COPERTURE	4,4%	3,4%	2,0%	3,2%	3,4%	3,2%	2,7%	3,1%
TOTALE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabella 37 - Peso del numero delle prestazioni dell'Area Prevenzione

Il peso della spesa della prevenzione si è ulteriormente incrementato nel corso del 2024.



RELAZIONE SULLA GESTIONE
AL 31 DICEMBRE 2024

.....

AREA	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	MEDIA
AREA RICOVERO	13,0%	17,1%	18,1%	19,8%	20,8%	19,0%	18,1%	17,9%
AREA EXTRA OSPEDALIERA	39,5%	38,3%	43,2%	42,8%	41,8%	39,1%	38,9%	40,0%
PREVENZIONE	4,3%	4,1%	6,3%	7,7%	7,6%	8,7%	9,7%	6,7%
ODONTOIATRIA	37,9%	37,0%	28,8%	25,9%	24,4%	29,6%	29,8%	31,4%
ALTRE COPERTURE	5,3%	3,5%	3,5%	3,8%	5,3%	3,6%	3,5%	3,9%
TOTALE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabella 38 - Peso della spesa delle prestazioni dell'Area Prevenzione

Nel corso del 2024 il pacchetto di prevenzione Cardiovascolare si conferma il più utilizzato. La somma dei pacchetti dedicati alle donne evidenzia un utilizzo in crescita: si è passati da 3.743 pacchetti del 2023 ai 4.715 del 2024. Il pacchetto donna è quello che ha registrato il maggior incremento in termini percentuali negli ultimi 12 mesi (+30%), seguito dal pacchetto vista (+29%) e dal pacchetto uomo (+28%).

TIPO PRESTAZIONE	2024
PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE	3.074
PREVENZIONE DONNA	2.527
PREVENZIONE VISTA	1.989
PREVENZIONE DERMATOLOGICA	1.548
PREVENZIONE DONNA OVER 50	1.229
PREVENZIONE UOMO	1.006
PREVENZIONE DONNA OVER 40	959
PREVENZIONE UDITO	687
PREVENZIONE POSTURALE	-
TOTALE PACCHETTI ADULTI	13.019

Tabella 39 - Pacchetti di prevenzione adulti

Prevenzione cardiovascolare e prevenzione donna over 50 sono i pacchetti più costosi: entrambi i pacchetti hanno un costo medio di 197€. Il pacchetto che mostra il maggior incremento del costo medio rispetto al 2023 è la Prevenzione vista, che ha registrato un aumento del 4,1%.

Il pacchetto di prevenzione dedicato alla fascia di età 12-18 anni continua ad essere il più utilizzato tra quelli dedicati ai minori. Il ricorso ai pacchetti per i minori è in aumento, anche se nel 2024 sono stati richiesti 3 pacchetti ogni 100 figli iscritti al fondo.

TIPO PRESTAZIONE	2024
PREVENZIONE 12-18 ANNI	422
PREVENZIONE 7 - 8 ANNI	164
PREVENZIONE 5 - 6 ANNI	159
PREVENZIONE 3 - 4 ANNI	98
PREVENZIONE 9-11 ANNI	93
SINDROME METABOLICA	44
PREVENZIONE 6 MESI - 2 ANNI	15
TOTALE	995

Tabella 40 - Pacchetti di prevenzione minorenni

Le strutture convenzionate sono le uniche ad essere abilitate ad erogare pacchetti di prevenzione, salvo le eccezioni spiegate sopra. Non sorprende quindi che anche nel 2023 il 99% dei pacchetti sia stato richiesto nelle strutture convenzionate, come si evince dalla tabella che segue.

TIPO PRESTAZIONE	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTALE
RETE	99%	98%	99%	100%	99%	99%	100%	99%
FUORI RETE	1%	2%	1%	0%	1%	1%	0%	1%
SSN	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
TOTALE	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabella 41 - Dettaglio Area Prevenzione

ODONTOIATRIA – ORTODONZIA

L'odontoiatria comprende le seguenti coperture:

- igiene orale comprensiva della visita;
- terapie conservative e cure canalari;
- protesi dentarie diverse da implantologia;
- parodontologia ed avulsioni;
- accertamenti odontoiatrici;
- gnatologia;
- implantologia;
- cure ed apparecchi ortodontici per adulti;
- cure ed apparecchi ortodontici per figli minori;
- interventi chirurgici odontoiatrici;
- cure dentarie da infortunio.

Nel 2024 le prestazioni da ricondurre all'area odontoiatria sono cresciute dal 20,7% del 2023 al 21,0%. Analogamente, il peso del costo dell'odontoiatria sul totale delle spese sanitarie si è incrementato dal 29,6% del 2023 al 29,8%.



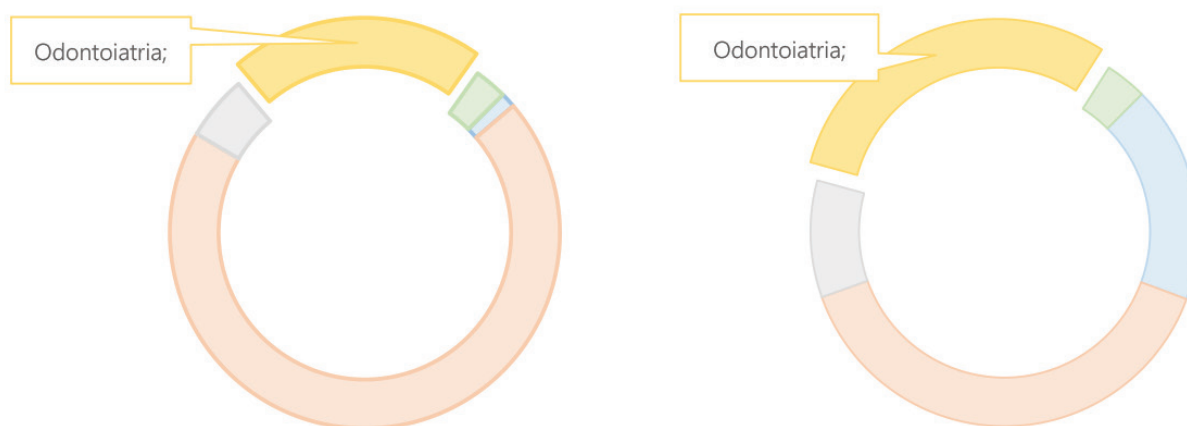


Figura 23 - Odontoiatria

A partire da aprile 2018 sono state riconosciute 289.150 prestazioni odontoiatriche. Il picco massimo lo si è raggiunto nel 2019. Dopo la decisa diminuzione verificatasi nel 2020, anno in cui per alcuni mesi gli studi odontoiatrici sono rimasti chiusi a causa della pandemia, le prestazioni odontoiatriche sono aumentate progressivamente, come si evince dalla tabella che segue.

AREA	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTALE
AREA RICOVERO	1.927	4.462	1.482	1.941	2.350	2.974	3.287	18.423
AREA EXTRA OSPEDALIERA	81.795	201.901	107.729	126.221	133.432	165.696	182.771	999.545
PREVENZIONE	3.735	9.406	6.530	10.157	10.969	11.407	14.014	66.218
ODONTOIATRIA	24.169	59.480	29.759	34.525	37.260	48.841	55.116	289.150
ALTRE COPERTURE	5.190	9.549	2.990	5.660	6.480	7.582	7.064	44.515
TOTALE	116.816	284.798	148.490	178.504	190.491	236.500	262.252	1.417.851

Tabella 42 - Dettaglio Area Odontoiatrica

Il peso del numero delle prestazioni odontoiatriche sul totale delle prestazioni dei piani sanitari è rimasto sempre nell'intorno del 20%.

AREA	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	MEDIA
AREA RICOVERO	1,6%	1,6%	1,0%	1,1%	1,2%	1,3%	1,3%	1,3%
AREA EXTRA OSPEDALIERA	70,0%	70,9%	72,5%	70,7%	70,0%	70,1%	69,7%	70,5%
PREVENZIONE	3,2%	3,3%	4,4%	5,7%	5,8%	4,8%	5,3%	4,7%
ODONTOIATRIA	20,7%	20,9%	20,0%	19,3%	19,6%	20,7%	21,0%	20,4%
ALTRE COPERTURE	4,4%	3,4%	2,0%	3,2%	3,4%	3,2%	2,7%	3,1%
TOTALE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabella 43 - Peso del numero delle prestazioni dell'Area Odontoiatrica

La revisione dei piani sanitari del 2020 ha diminuito il peso della spesa odontoiatrica: nei primi due anni di operatività il costo delle prestazioni odontoiatriche si erano attestate sul 37%

del totale, negli ultimi due anni ci si sta avvicinando nuovamente al 30% dopo una discesa che aveva portato la spesa odontoiatrica a pesare per meno del 25% nel 2022. Si ricorda che le risorse dedicate all'odontoiatria rientrano nelle cosiddette risorse vincolate che devono rappresentare almeno il 20% del totale per poter ottenere la conferma della registrazione all'Anagrafe dei fondi sanitari e quindi la deducibilità dei contributi versati a Sanimoda.

AREA	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	MEDIA
AREA RICOVERO	13,0%	17,1%	18,1%	19,8%	20,8%	19,0%	18,1%	17,9%
AREA EXTRA OSPEDALIERA	39,5%	38,3%	43,2%	42,8%	41,8%	39,1%	38,9%	40,0%
PREVENZIONE	4,3%	4,1%	6,3%	7,7%	7,6%	8,7%	9,7%	6,7%
ODONTOIATRIA	37,9%	37,0%	28,8%	25,9%	24,4%	29,6%	29,8%	31,4%
ALTRE COPERTURE	5,3%	3,5%	3,5%	3,8%	5,3%	3,6%	3,5%	3,9%
TOTALE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabella 44 - Peso della spesa per l'Area Odontoiatrica

Nella tabella che segue si espongono le sottocategorie di cui si compone l'odontoiatria. Ad essere più utilizzate sono le visite comprensive di sedute di igiene orale, che rappresentano il 62% delle prestazioni odontoiatriche. La visita è la condizione necessaria per iniziare il percorso di cure nelle strutture convenzionate e permette al dentista convenzionato di redigere il piano odontoiatrico che è sottoposto ai dentisti di UniSalute per la relativa approvazione.

Le cure odontoiatriche rappresentano il 30% delle prestazioni odontoiatriche. Ogni due visite si procede con cure odontoiatriche. Questa è la media in termini assoluti; se ci si sofferma sulla tipologia di dentisti, si può notare che 65 visite eseguite dai dentisti convenzionati ogni 100 portano a delle cure odontoiatriche, mentre solo 14 su cento visite eseguite da dentisti privati si traducono in richieste di rimborso di altre cure odontoiatriche. Questa differenza sicuramente è dovuta alla presenza del minimo non rimborsabile di 500€ previsto sui rimborsi delle spese odontoiatriche rese dai dentisti non convenzionati. Al contrario, qualunque prestazione odontoiatrica autorizzata da UniSalute presso le strutture convenzionate comporta la compartecipazione alla spesa di Sanimoda.

TIPO PRESTAZIONE	TOTALI	RETE	FUORI RETE	SSN
VISITE E IGIENE ORALE	34.143	22.386	11.670	87
CURE ODONTOIATRICHE	16.345	14.484	1.612	249
IMPLANTOLOGIA	2.615	1.997	617	1
ORTODONZIA	2.009	858	1.141	10
INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI	3	-	3	-
CURE DENTARIE DA INFORTUNIO	1	-	1	-
TOTALE	55.116	39.725	15.044	347

Tabella 45 - Tipo di prestazioni odontoiatriche

Rispetto al 2022, le visite odontoiatriche ed igiene orale sono aumentate del 13%, le cure odontoiatriche del 19% e gli impianti del 14%. Al contrario le prestazioni ortodontiche sono diminuite di più di un terzo.



Gli interventi chirurgici odontoiatrici sono le prestazioni più costose; il loro costo medio è stato di 1.099€ nel 2024. L'unico caso di cura dentaria da infortunio è costato 700€. Gli impianti hanno un costo medio di 679€. Si ricorda in proposito che la capacità di spesa dell'implantologia è molto diversa in base alla tipologia di struttura scelta. Sanimoda partecipa alla spesa di ogni impianto per 300€ fino al massimale annuo di 5.000€ se ci si reca dal dentista convenzionato, il massimale annuo scende a 300€ se ci si reca dal dentista non convenzionato.

In sintesi, Sanimoda lascia la libertà di scelta del medico anche per le cure odontoiatriche ed ortodontiche, ma la possibilità di spesa è decisamente maggiore se si sceglie il dentista convenzionato. Questo è il motivo per cui il 72% delle cure odontoiatriche vengono effettuate dai dentisti privati, solo il 27% dal dentista non convenzionato. I ticket rimborsati nel 2024 rappresentano l'1% del totale delle prestazioni odontoiatriche. L'odontoiatria rientra infatti nelle cosiddette prestazioni "extra-lea", essendo prevista solo per casi particolari, di norma quando le cure odontoiatriche sono associate a specifiche patologie.

La scelta del dentista nel 2024 appena esposta non si scosta dalla media, come dimostra la tabella che segue.

TIPO PRESTAZIONE	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTALE
RETE	73%	80%	71%	69%	69%	71%	72%	73%
FUORI RETE	25%	19%	27%	29%	29%	28%	27%	26%
SSN	2%	1%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
TOTALE	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabella 46 - Tipo di struttura per Area Odontoiatrica

ALTRE COPERTURE

Per le altre coperture ricomprese in quest'ultima area si fa riferimento a:

- prestazioni per le neo-mamme;
- lenti ed occhiali;
- counseling psicologico;
- monitor salute;
- cure oncologiche;
- invalidità permanente (di grado compreso tra il 60% e l'80%);
- indennizzo a forfait per le spese mediche, sanitarie e di assistenza sostenute per i figli disabili;
- indennizzo a forfait per le spese mediche, sanitarie e di assistenza sostenute per i genitori in RSA;
- rimborso delle spese mediche a seguito di diagnosi di autismo o DSA;
- rimborso spese di viaggio e pernottamento dei genitori in caso di diagnosi di malattia genetica del proprio figlio;
- stato di non autosufficienza temporanea;

- diagnosi comparativa;
- rimborso medicinali;
- cure termali;
- servizi di consulenza.

Nell'ultimo anno numero e valore delle prestazioni di quest'area è ulteriormente sceso, passando dal 3,2% del 2023 al 2,7% del 2024 in termini di numero delle prestazioni e dal 3,6% al 3,5% in termini di controvalore della spesa.



Figura 24 - Altre coperture

A tutto il 31 dicembre 2024 sono state liquidate 44.515 prestazioni che non rientrano nelle quattro categorie fin qui analizzate. Per semplicità ci riferiremo a "Altre Coperture". Di seguito si riporta l'andamento del numero delle prestazioni da inizio operatività.

Dopo il picco raggiunto nel 2019 (9.549 prestazioni), nel 2020 le prestazioni si sono scese ad un terzo (2.990), per poi ricominciare a salire nel triennio successivo per poi contrarsi nel 2024.

AREA	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTALE
AREA RICOVERO	1.927	4.462	1.482	1.941	2.350	2.974	3.287	18.423
AREA EXTRA OSPEDALIERA	81.795	201.901	107.729	126.221	133.432	165.696	182.771	999.545
PREVENZIONE	3.735	9.406	6.530	10.157	10.969	11.407	14.014	66.218
ODONTOIATRIA	24.169	59.480	29.759	34.525	37.260	48.841	55.116	289.150
ALTRE COPERTURE	5.190	9.549	2.990	5.660	6.480	7.582	7.064	44.515
TOTALE	116.816	284.798	148.490	178.504	190.491	236.500	262.252	1.417.851

Tabella 47 - Andamento numero delle altre coperture

Il peso percentuale medio del numero di prestazioni riconducibili a quest'area da inizio operatività è del 3,1%, così come resta sostanzialmente invariato il peso della spesa che si attesta al 3,9%.

RELAZIONE SULLA GESTIONE
AL 31 DICEMBRE 2024

.....

AREA	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	MEDIA
AREA RICOVERO	1,6%	1,6%	1,0%	1,1%	1,2%	1,3%	1,3%	1,3%
AREA EXTRA OSPEDALIERA	70,0%	70,9%	72,5%	70,7%	70,0%	70,1%	69,7%	70,5%
PREVENZIONE	3,2%	3,3%	4,4%	5,7%	5,8%	4,8%	5,3%	4,7%
ODONTOIATRIA	20,7%	20,9%	20,0%	19,3%	19,6%	20,7%	21,0%	20,4%
ALTRE COPERTURE	4,4%	3,4%	2,0%	3,2%	3,4%	3,2%	2,7%	3,1%
TOTALE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabella 48 - Peso del numero delle altre coperture sul totale

AREA	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	MEDIA
AREA RICOVERO	13,0%	17,1%	18,1%	19,8%	20,8%	19,0%	18,1%	17,9%
AREA EXTRA OSPEDALIERA	39,5%	38,3%	43,2%	42,8%	41,8%	39,1%	38,9%	40,0%
PREVENZIONE	4,3%	4,1%	6,3%	7,7%	7,6%	8,7%	9,7%	6,7%
ODONTOIATRIA	37,9%	37,0%	28,8%	25,9%	24,4%	29,6%	29,8%	31,4%
ALTRE COPERTURE	5,3%	3,5%	3,5%	3,8%	5,3%	3,6%	3,5%	3,9%
TOTALE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabella 49 - Peso della spesa delle altre coperture sul totale

In termini di numero, quasi 3 prestazioni su quattro si riferisce al rimborso delle lenti ed occhiali, anche se queste richieste di rimborso rispetto al 2023 è sceso da 5.370 a 5.186.

In termini di controvalore, pesa molto di più la Cronicità che rappresenta più della metà della spesa in quest'area.

TIPO PRESTAZIONE	2024
LENTI E OCCHIALI	5.186
CRONICITA'	1.055
MEDICINALI	437
CURE TERMALI	185
INVALIDITÀ PERMANENTE 60% - 80%	98
COUNSELLING PSICOLOGICO	32
INDENNITÀ SPESE MEDICHE GENITORI	39
SPESE FIGLI DISABILI	31
STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA	-
PMA - PROCREAZ. MEDIC. ASSISTITA	-
PRIMI MILLE GIORNI	1
TOTALE	7.064

Tabella 50 - Tipologia delle altre coperture

Si conferma la netta predominanza del Fuori Rete di questa categoria residuale di prestazioni. Questo dato è sicuramente determinato proprio dalla garanzia lenti ed occhiali che è prevista unicamente in forma rimborsuale.

TIPO PRESTAZIONE	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TOTALE
RETE	16%	6%	9%	18%	28%	16%	16%	15%
FUORI RETE	82%	92%	86%	79%	69%	83%	83%	82%
SSN	2%	2%	5%	3%	3%	1%	2%	2%
TOTALE	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Tabella 51 - Tipo di struttura per altre coperture

vi. Suddivisione anagrafica delle prestazioni

Di seguito si riporta la distribuzione del numero delle prestazioni erogate nel 2024 per età e sesso del beneficiario:

TIPO PRESTAZIONE	FEMMINE	MASCHI	TOTALE
FINO A 18 ANNI	5.820	5.917	11.737
DA 18 A 29 ANNI	11.039	4.399	15.438
DA 30 A 39 ANNI	33.902	12.118	46.020
DA 40 A 49 ANNI	42.200	16.427	58.627
DA 50 A 59 ANNI	61.152	26.645	87.797
DA 60 A 69 ANNI	9.501	6.962	16.463
SUPERIORE A 70 ANNI	183	145	328
IN FASE DI ATTRIBUZIONE	17.867	7.975	25.842
TOTALE	181.664	80.588	262.252

Tabella 52 - Prestazioni per fasce di età e sesso del beneficiario

Le beneficiarie delle prestazioni, che rappresentano il 56% del totale degli aventi diritto, hanno chiesto il 69% delle prestazioni, percentuale invariata rispetto al 2023.

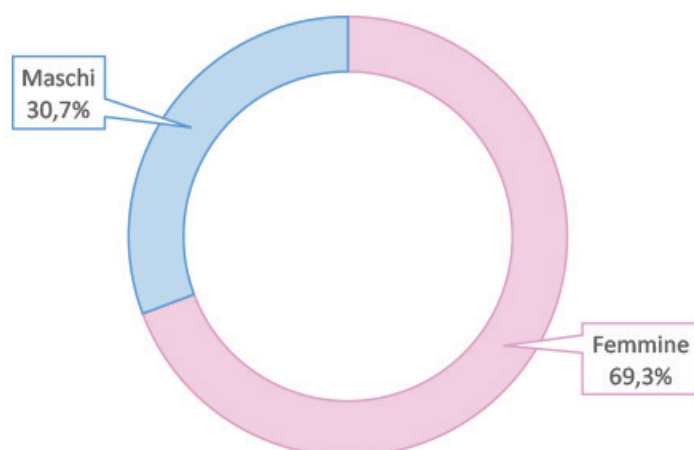


Figura 25 - Distribuzione delle prestazioni 2024 per genere dei beneficiari

Aggiungendo all'analisi l'età dei beneficiari, si nota che quasi una prestazione ogni quattro è stata richiesta da donne tra i 50 e i 59 anni. Seguono le donne tra i 40 e i 49 anni che hanno chiesto il 17% delle prestazioni e le donne tra i 30 e i 39 anni.

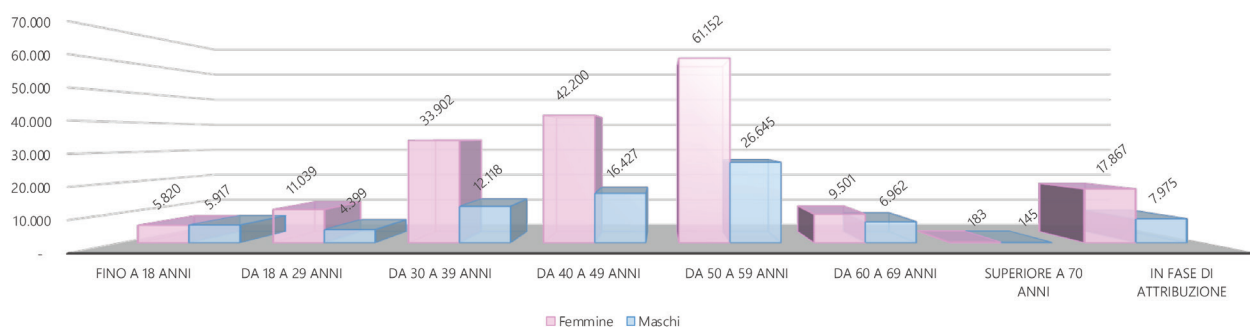


Figura 26 - Suddivisione numero prestazioni 2024 per età e genere dei beneficiari

Analizzando il valore delle prestazioni, si nota che il costo medio è direttamente proporzionale all'età del richiedente: le prestazioni più costose sono richieste dagli iscritti che rientrano nella fascia di età più anziana e quelle meno care sono attribuibili ai lavoratori più giovani.

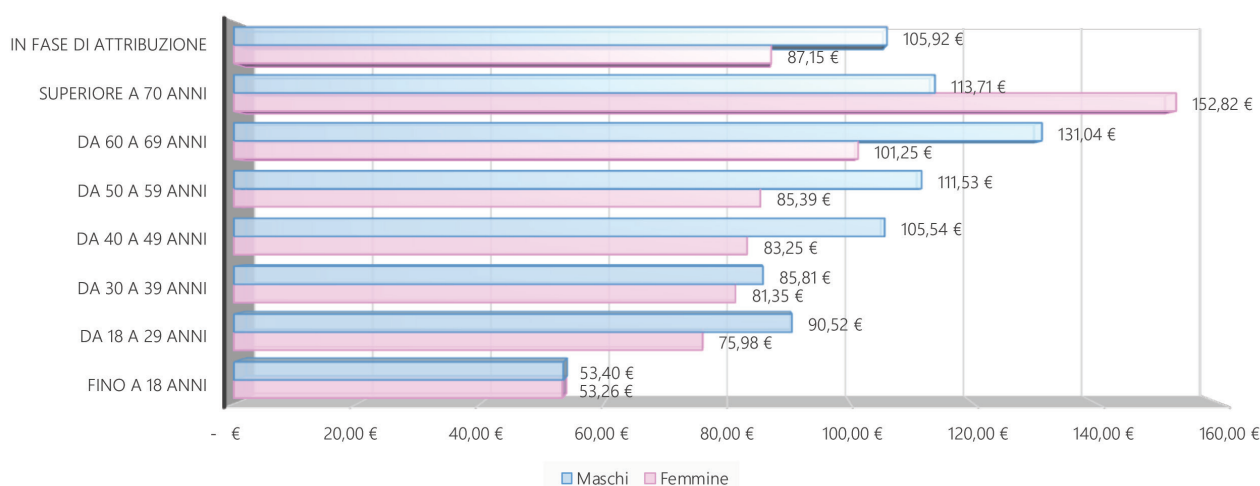


Figura 27 - Costo medio per età e genere del richiedente

Il grafico del costo medio evidenzia come gli uomini chiedono prestazioni che hanno mediamente costi più elevati rispetto alle donne in ogni fascia di età, tranne che nelle due fasce estreme (fino ai 18 anni e oltre ai 70 anni).

Si può quindi concludere che gli uomini fanno ricorso alle prestazioni sanitarie meno frequentemente ma, quando accade, spendono di più rispetto alle donne.

vii. Suddivisione territoriale delle prestazioni

Le prestazioni garantite dai Piani Sanitari sono richieste in tutto il territorio nazionale, anche se la concentrazione territoriale degli iscritti viene confermata anche in termini di prestazioni: le prime quattro Regioni dove risiedono tre iscritti su quattro a Sanimoda sono le stesse in cui si concentra il 73% delle prestazioni erogate nel 2024 (73,5% nel 2023). Tra Lombardia, Toscana, Veneto e Piemonte solo la prima Regione ha una percentuale di prestazioni superiore a quella degli iscritti.

REGIONE	PRESTAZIONI		ISCRITTI
LOMBARDIA	83.086	31,7%	25,4%
TOSCANA	42.367	16,2%	18,5%
VENETO	40.930	15,6%	19,4%
PIEMONTE	24.972	9,5%	10,0%
EMILIA ROMAGNA	19.034	7,3%	6,4%
MARCHE	18.393	7,0%	7,2%
UMBRIA	6.608	2,5%	2,0%
LAZIO	5.602	2,1%	1,4%
CAMPANIA	4.081	1,6%	2,4%
PUGLIA	4.848	1,8%	3,1%
ABRUZZO	4.850	1,8%	1,8%
FRIULI VENEZIA GIULIA	1.446	0,6%	0,8%
TRENTINO ALTO ADIGE	987	0,4%	0,6%
MOLISE	814	0,3%	0,2%
LIGURIA	537	0,2%	0,2%
SICILIA	565	0,2%	0,3%
SARDEGNA	213	0,1%	0,1%
BASILICATA	161	0,1%	0,1%
CALABRIA	67	0,0%	0,1%
VALLE D'AOSTA	13	0,0%	0,0%
NON ATTRIBUITO	2.678	1,0%	
TOTALE	262.252	100,0%	100,0%

Tabella 53 - Distribuzione territoriale delle prestazioni

Il grafico che segue, mostra la frequenza del ricorso delle prestazioni del 2024 per regione. L'analisi eseguita dagli attuari di Olivieri Associati comprende anche i sinistri contestati; l'obiettivo non è focalizzarsi sulle prestazioni effettivamente andate a buon fine, ma su tutte le richieste giunte ad UniSalute, indipendentemente dall'esito.

RELAZIONE SULLA GESTIONE AL 31 DICEMBRE 2024

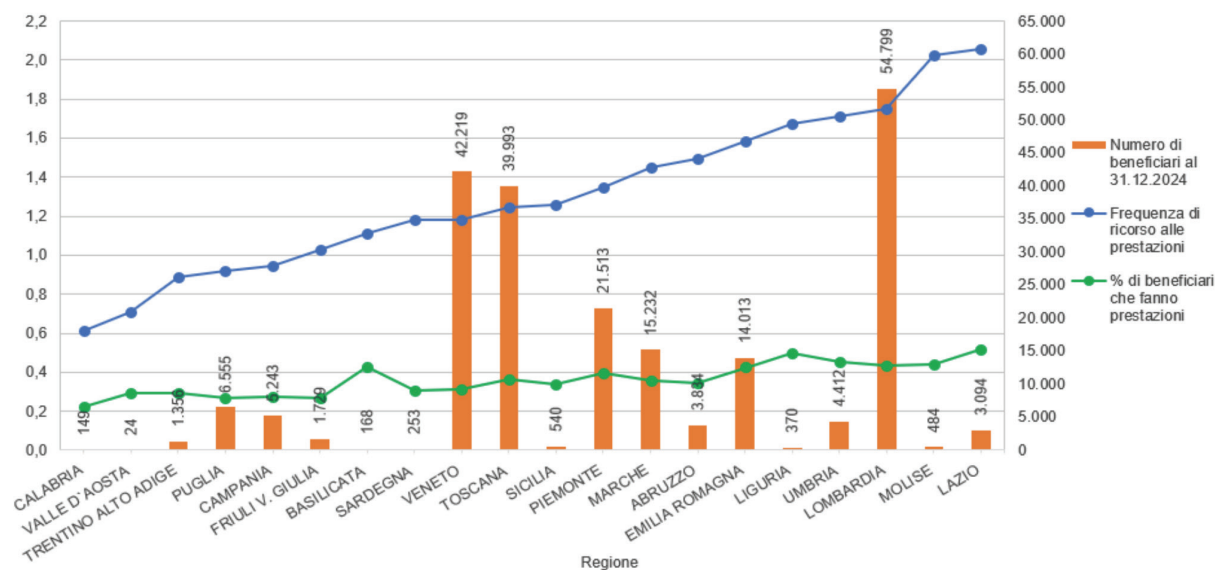


Figura 28 - Frequenza di ricorso delle prestazioni: anno 2024

Il grafico ci dice che il Lazio è la regione che mostra la maggior frequenza di ricorso alle prestazioni: più di due a iscritto, seguita da molto vicino dal Molise. La Lombardia, che come abbiamo visto è la regione da cui provengono le maggiori richieste di prestazioni, si pone al terzo posto della classifica della maggior frequenza alle prestazioni con poco più di 1,7 prestazioni per ogni beneficiario. Molto più lontane sono posizionate il Veneto, seconda regione per numero di iscritti, e la Toscana.

Altra rilevazione fornita dagli attuari riguarda il costo medio delle prestazioni suddiviso per regione e per sesso dei beneficiari.

Le prestazioni con costo medio maggiore sono state richieste dai beneficiari di sesso maschile in Trentino Alto Adige, il cui costo medio è di 137€. Segue la Toscana (122€) e Piemonte e Sardegna (120€), sempre richieste dai beneficiari di sesso maschile.

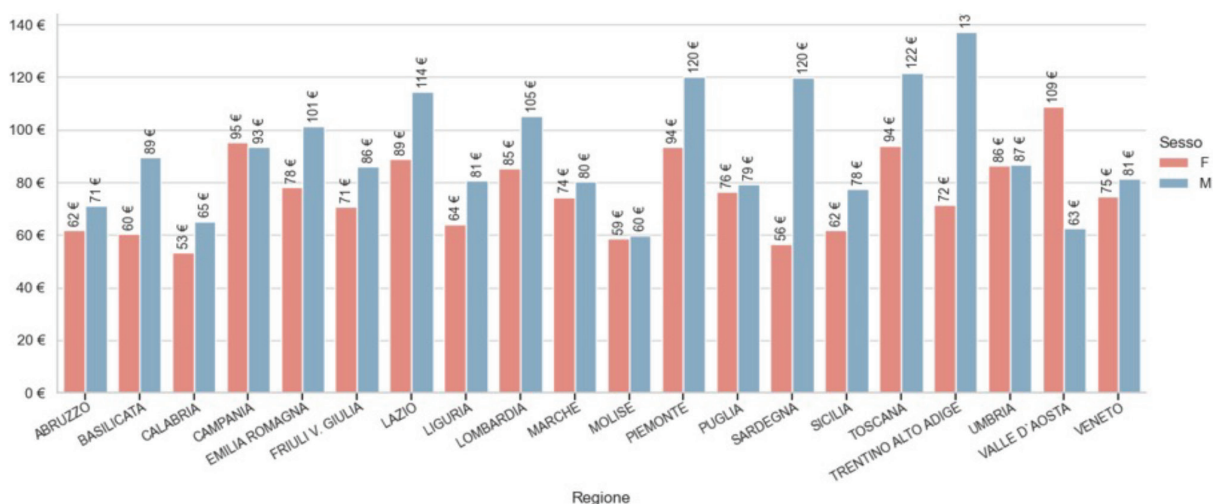


Figura 29 - Importo medio per regione e per sesso

ASSEMBLEA DEI DELEGATI

2025

viii. Suddivisione prestazioni tra titolari e beneficiari

I lavoratori iscritti hanno richiesto la maggior parte delle prestazioni al fondo, come dimostra la tabella che segue.

	ISCRITTI	FAMILIARI	TOTALE
BENEFICIARI	84%	16%	100%
NUMERO PRESTAZIONI	91%	9%	100%
VALORE PRESTAZIONI	94%	6%	100%
COSTO MEDIO	91,68 €	64,02 €	

Tabella 54 - Distribuzione delle prestazioni tra iscritti e familiari

La percentuale del numero delle prestazioni richieste dai lavoratori iscritti al fondo (91% vs. 9% dei familiari) è superiore alla percentuale dei lavoratori sul totale dei beneficiari delle prestazioni (84% vs. 16% dei familiari). In altre parole i lavoratori chiedono più prestazioni rispetto ai familiari.

Inoltre, le prestazioni richieste dai lavoratori iscritti sono mediamente più onerose delle prestazioni richieste dai familiari: 91,68€ rispetto a 64,02€. Questo dato non sorprende: la maggioranza dei familiari beneficiari delle prestazioni sanitarie sono i figli (32.328 al 31 dicembre 2024) rispetto ai coniugi/conviventi (6.710). I figli non hanno accesso alle prestazioni che hanno il costo medio più alto: ricoveri ed odontoiatria, mentre i coniugi/conviventi condividono tutte le prestazioni dedicate al lavoratore.

ix. Prestazioni riservate e contestate

Le prestazioni fin qui espone si riferiscono sia ai cosiddetti sinistri liquidati che riservati. La prima categoria indica le richieste effettivamente pagate, sia agli iscritti in caso di richieste di rimborso, sia ai centri convenzionati nel caso di assistenza diretta. La seconda indica le richieste ricevute che sono ancora in attesa di approvazione. Da riservate potranno diventare liquidate, se pagate, o contestate, se non riconosciute.

Il primo dato interessante è comprendere come si sta muovendo la percentuale dei sinistri liquidati e riservati. Nonostante l'incremento delle prestazioni registrate nel 2024, la percentuale tra queste due categorie è rimasta stabile. Questo dato conferma l'efficienza di UniSalute nel processare le richieste.

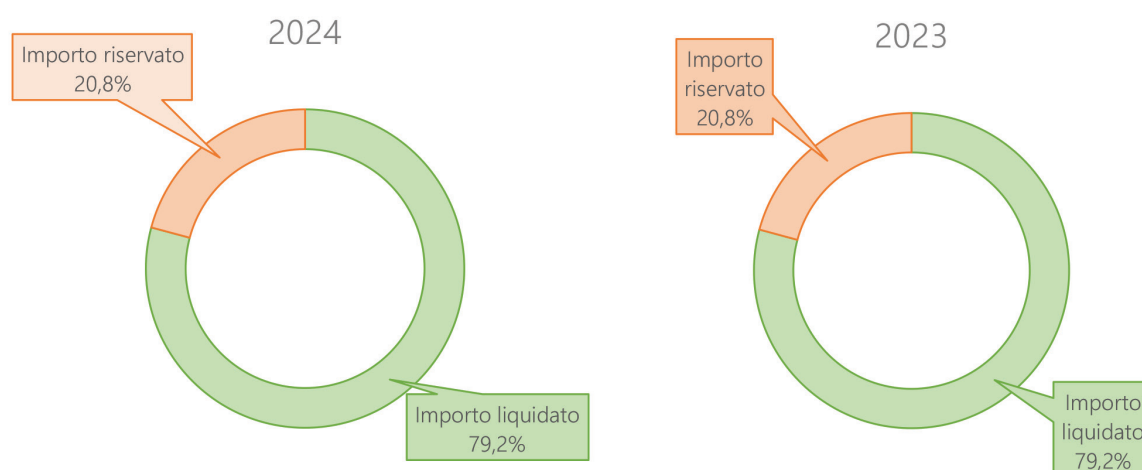


Figura 30 - Prestazioni liquidate vs. riservate

Il peso delle prestazioni riservate è più alto nelle richieste provenienti dalle strutture convenzionate, mentre è molto basso in caso di rimborsi, in particolare di ticket sanitari. Ciò significa che UniSalute si prende più tempo a liquidare i centri convenzionati, meno a rimborsare le spese sostenute dagli iscritti sia nel Servizio Sanitario Nazionale che nelle strutture private.

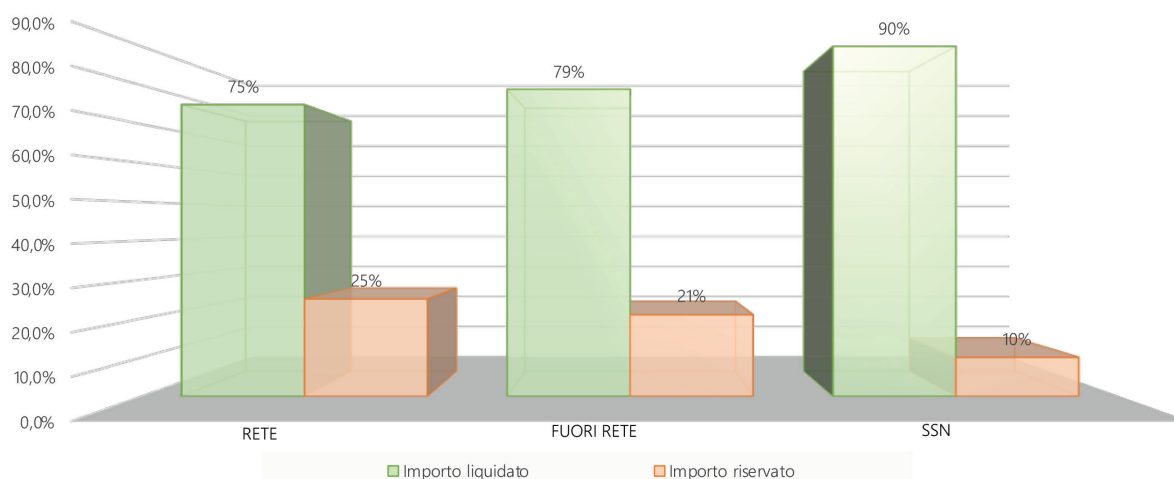


Figura 31 - Prestazioni liquidate vs. riservate per tipologie di strutture

Il tasso di contestazione nel complesso sta diminuendo nel 2024 rispetto al 2023 e si attesta mediamente intorno al 15%. Questo andamento dimostra da una parte la capacità di apprendimento degli iscritti che fanno meno errori ogni anno che passa, dall'altra il comportamento appropriato di UniSalute che non tende ad aumentare la percentuale di contestazioni nonostante l'aumento dell'utilizzo dei piani sanitari.

RELAZIONE SULLA GESTIONE

AL 31 DICEMBRE 2024

.....

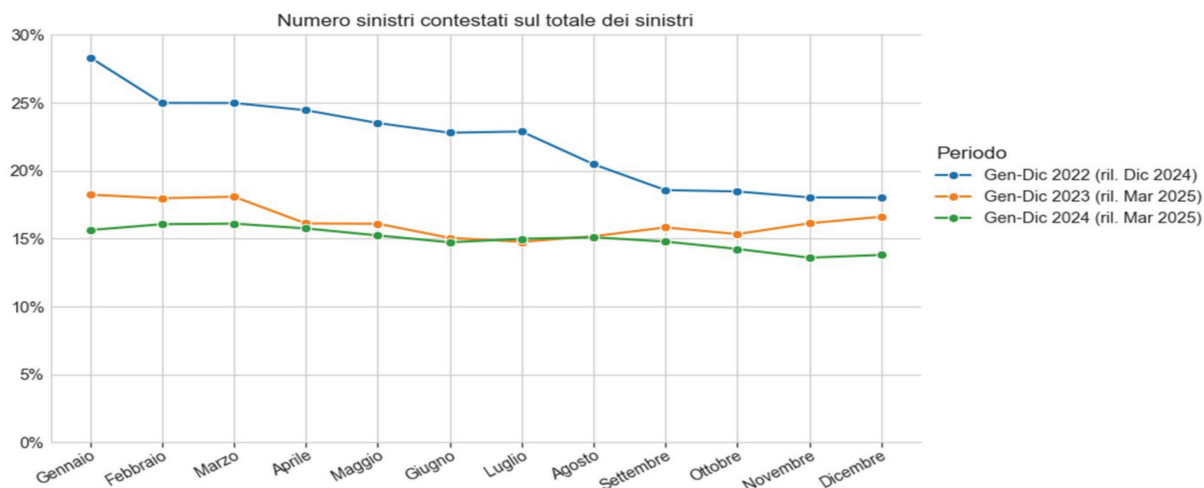


Figura 32 - Prestazioni contestate triennio 2022-2024

L'apprendimento degli iscritti è aiutato dalla scelta di UniSalute di inserire nell'area riservata e nella app a disposizione dell'iscritto il motivo per cui la richiesta non è stata accolta. Di seguito si espongono le motivazioni prevalenti e le singole prestazioni su cui si sono concentrate le contestazioni nel 2023.

CAUSALE	NUMERO SINISTRI CONTESTATI GEN-DIC 2023 (RILEVAZIONE MAR 2024)	NUMERO SINISTRI CONTESTATI GEN-DIC 2024 (RILEVAZIONE MAR 2025)	ANDAMENTO 2024 VS 2023		
GARANZIA O PRESTAZIONE NON PREVISTA	15.749	45,2%	17.129	42,0%	↓
LIMITI NON SUPERATI	9.024	25,9%	10.084	24,7%	↓
ERRORE DI IMPUTAZIONE	3.696	10,6%	4.056	10,0%	↓
CONTROLLO/ PREVENZIONE, ASSENZA PATOLOGIA O PATOLOGIA INCONGRUENTE	2.642	7,6%	5.745	14,1%	↓
POLIZZA NON ATTIVA O PERSONA IN IN ANAGRAFICA	1.949	5,6%	1.628	4,0%	↑
ALTRO	694	2,0%	596	1,5%	↑
DATI FATTURA MANCANTI	924	2,7%	1.274	3,1%	↓
APPLICAZIONE DEI LIMITI DI POLIZZA	76	0,2%	155	0,4%	↓
PROFESSIONISTA NON MEDICO	55	0,2%	95	0,2%	↓
TOTALE	34.809	100,0%	40.762	100,00%	

Tabella 55 - Causale di non liquidazione

La causale più ricorrente per la mancanza di liquidazione rimane anche quest'anno "Garanzia non prevista", causale che significa che la prestazione richiesta non è prevista dal piano sanitario. A tale proposito si ricorda che l'ultima parte della guida al piano sanitario riporta

l'elenco dei casi non coperti. Oltre a questi casi si aggiungono le limitazioni che possono essere previste per specifiche prestazioni, come ad esempio gli interventi chirurgici ambulatoriali o la fisioterapia da patologie. Entrambe queste prestazioni sono previste per casi specifici elencati all'interno delle guide.

La seconda causa di non liquidabilità è rappresentata dai limiti non superati, vale a dire dalle richieste di prestazione che non hanno superato o la franchigia o il minimo non rimborsabile previsto. Rientrano in questa casistica i rimborsi per spese odontoiatriche inferiori ai 500€ o il rimborso dei medicinali inferiori a 40€.

Rispetto all'anno precedente, si sono dimezzati le contestazioni dovute all'indicazione della parola "controllo" o "prevenzione" nel quesito diagnostico, dove deve essere inserita una patologia, sia essa accertata o sospetta.

10. LE NOVITÀ DEL 2025

I piani sanitari in vigore nel 2024 sono stati confermati anche per il 2025, nonostante le prestazioni di Sanimoda siano cresciute per il quarto anno consecutivo sia nel numero che nel valore, a dimostrazione dell'apprezzamento degli associati per i Piani sanitari del fondo e della sempre maggiore consapevolezza dei lavoratori e lavoratrici del settore di poter contare sulla sanità integrativa prevista dai contratti nazionali.

Nel corso del 2024 si è ottenuto il prolungamento della partnership con UniSalute e Generali non solo con la conferma di tutte le prestazioni previste nei nostri Piani Sanitari, ma anche senza intaccare gli attuali ampi massimali che permettono agli associati di poter sempre contare su Sanimoda anche a fronte di percorsi sanitari lunghi e complessi. Il Consiglio di amministrazione ha lavorato per mesi per perseguire questo risultato, convinto che la continuità garantita dal rinnovo sia un vantaggio innanzitutto per le lavoratrici e i lavoratori associati a Sanimoda, che non solo stanno dimostrando di apprezzare i Piani Sanitari, ma prendono sempre più confidenza con le regole di funzionamento, con gli strumenti di interazione messi a disposizione (app, area riservata, centrale operativa) e ricorrono in numero sempre più elevato alla rete di strutture che UniSalute ha convenzionato per Sanimoda.

Si è voluto dare ancor più enfasi alla prevenzione, inserendo alcune novità che hanno l'obiettivo di rendere più focalizzati i pacchetti previsti dai piani sanitari, così da renderli più appropriati nell'identificare precocemente le patologie a cui sono destinati. Sulla prevenzione, come su tutte le prestazioni previste dai piani sanitari, è stato necessario trovare delle soluzioni capaci di coniugare efficacia e sostenibilità, tanto più che la prevenzione è l'area la cui spesa è cresciuta maggiormente nel corso del 2024.

Innanzitutto si è deciso di scindere gli esami di laboratorio previsti da alcuni pacchetti fino al 2024 (prevenzione uomo, prevenzione donna, prevenzione senologica e prevenzione cardiologica) creando un pacchetto disponibile per tutti gli associati e i coniugi/conviventi. Dal 2025 si avrà quindi la possibilità di usufruire del pacchetto Base e di un ulteriore pacchetto a scelta.

Gli esami di laboratorio contenuti nel pacchetto base sono gli stessi previsti fino al 2024 nei pacchetti sopra elencati.

Si sono poi modificati alcuni pacchetti, in alcuni casi cambiandone il nome per mettere in evidenza la patologia che si intende diagnosticare in modo precoce con la prevenzione.

Il pacchetto cardiovascolare, da sempre il più utilizzato, è stato diviso in due. Agli associati e ai coniugi/conviventi over 50 anni si è sostituito il test ergometrico, che poco aggiunge rispetto all'elettrocardiogramma a riposo e che comunque è disponibile su prescrizione del cardiologo che esegue la prevenzione qualora ne percepisse la necessità, con l'ecocolordoppler ai tronchi sovraortici, uno degli esami maggiormente consigliati dopo i 50 anni per constatare la pervietà delle carotidi. Per compensare il maggior costo di questo nuovo esame, gli under 50 che sceglieranno questo pacchetto avranno a disposizione l'elettrocardiogramma e la visita specialistica, a cui si possono aggiungere gli esami di laboratorio qualora decidessero di affiancare il pacchetto base a quello cardiovascolare.

Nulla cambia per le lavoratrici e le coniugi/conviventi dei lavoratori che sceglieranno il pacchetto donna e il pacchetto senologico, quest'ultimo sempre previsto dopo i 40 anni. Chi invece sceglierà il pacchetto donna over 50 potrà accedere agli esami del sangue abbinando il pacchetto base, possibilità non prevista fino al 2024.

Nulla cambia anche per il pacchetto uomo. Mentre i pacchetti vista e udito cambiano nome rispettivamente in prevenzione per il glaucoma e ipoacusia. Al primo pacchetto si aggiunge la campimetria ma l'esame centrale è rappresentato dalla tonometria che ha l'obiettivo di identificare rischi di glaucoma. Entrambi i pacchetti sono ora accessibili solo alle lavoratrici e lavoratori e ai loro coniugi/conviventi fiscalmente a carico che abbiano compiuto 50 anni.

La novità che interpreta in modo più lampante questa nuova impostazione è la prevenzione melanoma. Fino al 2024 questo pacchetto si chiamava prevenzione dermatologica e prevedeva i test allergologici e la visita specialistica dermatologica. Sanimoda ha ritenuto che una delle patologie della pelle più importanti da diagnosticare precocemente sia appunto il melanoma, per questo i test allergologici dal 2025 sono stati sostituiti dalla mappatura dei nei, accertamento più rilevante e costoso. Essendo il melanoma una malattia che ha più probabilità di manifestarsi in età adulta, si è inserito il limite dei 40 anni sotto il quale non è possibile scegliere questo pacchetto.

Si ricorda in ultimo che dal 2025 chi sceglie gli ultimi pacchetti esposti, pacchetto glaucoma, ipoacusia e melanoma, ha la possibilità di abbinare gli esami di laboratorio contenuti nel pacchetto base, opzione che fino al 2024 non era prevista.

Questa nuova impostazione della prevenzione non è che un primo passo verso un nuovo paradigma di prevenzione: la cosiddetta prevenzione medico guidata. Sanimoda sta studiando con UniSalute una soluzione personalizzata che parta dalla compilazione di un questionario e da una successiva tele visita con un medico che indirizzerà verso degli esami adatti al profilo di ogni singolo associato, in modo da rendere ancor più efficace la prevenzione.

11. EVOLUZIONE PREVEDIBILE DELLA GESTIONE

In attesa dei dati ufficiali, si prevede che la spesa sanitaria in Italia nel 2024 si sia avvicinata ai 139 miliardi, in aumento di quasi il 6% rispetto al 2023, anno quest'ultimo che aveva fatto registrare un aumento del 2% sul 2022.

La spesa per la sanità pubblica che grava su ogni italiano è di circa 2.222 euro. Le risorse messe a disposizione della sanità pubblica, per quanto ingenti, non sono sufficienti a soddisfare la richiesta di prestazioni sanitarie degli italiani. Da più parti si constata che le liste di attesa, inesistenti o quasi nel 2008, ora sono tali da vanificare l'obiettivo di universalità del Servizio Sanitario Nazionale. Lo dimostra l'ascesa della spesa "out of pocket", vale a dire la spesa privata non intermediata da fondi sanitari o forme di assicurazioni, tanto collettive quanto individuali. Tornando ai dati disponibili, gli italiani hanno pagato nel 2023 poco meno di 45 miliardi di tasca propria alla sanità privata. Nell'arco di un decennio la spesa out of pocket è cresciuta dai circa 30 miliardi del 2014 ai quasi 45 miliardi del 2023, con un incremento del 49%.

Le prospettive lasciano intuire un ulteriore peggioramento causato dall'evoluzione demografica del nostro Paese. Cambia la struttura per età della popolazione, con l'innalzamento della speranza di vita e la progressiva e costante diminuzione dell'indice di natalità, ma muta anche la composizione delle famiglie. Il 40% è formato da coppie senza figli e il 30% ha un solo componente, non ha figli né nipoti e i parenti sono molto anziani. Tutti elementi che portano a concludere che la spesa sanitaria ed assistenziale è destinata ad aumentare.

Questo scenario attribuisce alla sanità integrativa responsabilità crescenti. L'idea diffusa è che il maggior ricorso a forme organizzate di intermediazione in campo sanitario possano portare a costi minori per i cittadini e contribuire ad aumentare l'efficacia anche della sanità pubblica, con impatti positivi sia sulla qualità delle prestazioni, si pensi alle già citate liste di attesa, sia sul contenimento di fenomeni di sommerso, pressoché inesistenti laddove i fondi sanitari o le compagnie di assicurazione operano, non potendo rimborsare alcuna spesa in assenza della documentazione fiscale che le attesti.

Nonostante la sanità complementare di natura negoziale raccolga oltre 16 milioni di iscritti, più del doppio della previdenza complementare, la sostenibilità è diventato un tema cruciale perché, come vedremo di seguito, a fronte del costante aumento delle prestazioni si sta assistendo ad una stagnazione del numero di iscritti.

Data questa premessa, veniamo all'evoluzione che ci si attende per i prossimi anni.

Due sono gli aspetti che saranno cruciali: uno endogeno, l'altro esogeno alla sanità integrativa nel suo complesso e a Sanimoda in particolare.

i. La sostenibilità

La sostenibilità dei piani sanitari rappresenta l'aspetto endogeno che si basa su questo semplice assunto: la gestione in economia della sanità integrativa impone che l'ammontare dei contributi debba superare le prestazioni, pena l'insostenibilità dell'operazione mutualistica.

Sanimoda non può sottrarsi a questa logica. Non lo ha potuto fare in passato né lo potrà fare in futuro. Il rinnovo della polizza siglato per il triennio 2025-2027 si basa sulla sostenibilità dei piani sanitari. Qualora le previsioni dell'andamento tecnico evidenziassero il superamento del punto di pareggio definito in polizza, il Consiglio di amministrazione dovrà porre in essere le azioni necessarie per riportare in equilibrio l'andamento economico del fondo. In altre parole, UniSalute e Generali coprono il rischio che le prestazioni superino i premi incassati per un anno, ma se questo equilibrio dovesse venir meno, Sanimoda dovrà mettere in atto le misure necessarie per evitare che l'andamento negativo si ripeta anche nell'anno successivo.

Il numero delle prestazioni esposte in questa relazione dimostra che il progressivo aumento del ricorso al piano sanitario dopo la pandemia, ha subito un forte incremento nel 2023 che si è confermato anche nel 2024 e non accenna ad arrestarsi. I dati a disposizione di UniSalute e Generali dimostrano che il maggiore utilizzo non riguarda solo Sanimoda, ma tutte le polizze collettive stipulate sia con altri fondi sanitari sia direttamente con le aziende. La sempre maggiore richiesta di assistenza sanitaria e le crescenti difficoltà del Servizio Sanitario Nazionale ad offrire risposte tempestive rappresentano un acceleratore della naturale curva di apprendimento dei beneficiari di polizza.

La notizia positiva è che Sanimoda sta assolvendo al suo compito di sostenere la salute dei propri associati. Anche nel 2024 l'incremento delle richieste è dipeso principalmente dall'aumento degli utilizzatori dei piani sanitari. Continua quindi a valere quanto scritto lo scorso anno: non sono gli stessi iscritti a chiedere più prestazioni, ma le richieste arrivano da un numero maggiore di beneficiari, anche da quelli che negli anni precedenti non erano ricorsi ai nostri piani sanitari.

Se la progressiva diffusione di consapevolezza è un elemento positivo, non si può ignorare che la tendenza in atto porterà ad un ulteriore incremento di utilizzo dei Piani Sanitari con conseguenti rischi di tenuta della polizza sanitaria. Né si può sperare che il costante incremento del numero degli iscritti e quindi dei premi versati possa neutralizzare l'aumento della spesa sanitaria. Al contrario, negli ultimi anni caratterizzati da prestazioni in continuo e deciso aumento, in Italia si sta verificando una sostanziale stagnazione degli iscritti alla sanità integrativa. Per ora Sanimoda ha fatto eccezione, come dimostrano i dati esposti all'inizio di questa relazione, ma è difficile pensare che questa tendenza possa continuare inalterata nel prossimo futuro, anche a causa della congiuntura economica non positiva del Comparto Moda.

I numeri pubblicati dal Ministero della Salute evidenziano che i fondi integrativi hanno sempre più il fiato corto. Utile in questo senso citare un articolo pubblicato il 21 gennaio 2025 su Il Sole 24 Ore dal titolo "Il secondo pilastro scricchiola: fondi e iscritti non crescono più". L'analisi evidenzia che fondi, casse e società di mutuo soccorso sono cresciuti nell'ultimo decennio al ritmo di un milione di nuovi iscritti all'anno partendo dai 5,8 milioni del 2013 e raggiungendo i 16,2 milioni nel 2020, ma tra il 2021 e il 2023 il ritmo è decelerato con gli iscritti che si sono bloccati al tetto dei 16 milioni. Il numero dei fondi integrativi è addirittura calato: dopo essere salito ai 334 nel 2022 dai 327 dell'anno precedente, nel 2023 sono scesi a 324.

L'analisi prospettica dell'andamento tecnico è quindi essenziale e richiede che gli incontri e le analisi con gli attuari di Olivieri, di UniSalute e Generali si intensifichino ulteriormente, in modo da identificare le scelte strategiche in grado di coniugare l'efficacia del supporto garantito agli associati con la sostenibilità economica dei piani sanitari.



ii. Il quadro normativo

La variabile esogena riguarda la regolamentazione della sanità integrativa, sempre più al centro dei lavori parlamentari e dell'attenzione politica. In particolare, la commissione Lavoro e Sanità del Senato, presieduta dal senatore Francesco Zaffini, ha portato a termine un'indagine conoscitiva che si è tradotta nell'emendamento Zullo, dal nome del senatore primo firmatario.

Quella contenuta nell'emendamento Zullo è considerata una vera e propria riforma del sistema dei fondi sanitari, riforma che è difficile pensare possa essere archiviata dalla recente bocciatura decisa dalla commissione Bilancio del Senato, in virtù della crescente importanza della sanità integrativa.

I due cardini dell'emendamento erano l'aumento delle risorse vincolate destinate alle prestazioni parzialmente o totalmente escluse dai livelli essenziali di assistenza (indicati con l'acronimo LEA) e le misure di contrasto all'omissione contributiva.

L'emendamento prevedeva l'aumento dall'attuale 20% al 30% dell'ammontare complessivo delle prestazioni dedicate agli extra-lea in base ai contributi raccolti. Si tratta delle prestazioni odontoiatriche, di fisioterapia e a favore della non autosufficienza. Tra queste ultime, rimane da chiarire se anche le risorse destinate a garantire una rendita rientrino in questa soglia. Attualmente il vincolo minimo è del 20% ma, come è stato documentato dall'ultimo rapporto del ministero della Salute, i fondi sanitari hanno già raggiunto e superato il 30%, toccando in media il 33%. Finora Sanimoda non fa eccezione in virtù sostanzialmente delle risorse dedicate alle prestazioni odontoiatriche.

L'innalzamento della soglia avrebbe potuto accompagnarsi ad un allargamento delle prestazioni rientranti in questo calcolo. Una delle ipotesi era far rientrare nelle risorse vincolate le prestazioni erogate dal SSN comprese nei LEA per la sola quota posta a carico dell'assistito, inclusi gli oneri per l'accesso alle prestazioni erogate in regime di libera professione intramuraria e per la fruizione dei servizi alberghieri. Si fa riferimento in particolare ai rimborsi dei ticket e delle fatture emesse dagli ospedali in regime di intramoenia. Inoltre si intendeva dare maggiore importanza alle prestazioni e ai servizi sanitari di prevenzione, con particolare riguardo all'insorgenza delle malattie croniche tramite la promozione di stili di vita sani e supporto all'accesso all'attività sportiva.

Il secondo obiettivo dell'emendamento era dare ai fondi sanitari integrativi il titolo e gli strumenti utili a recuperare i contributi omessi dal datore di lavoro, obiettivo ancor più importante per i fondi di natura negoziale come Sanimoda per cui la contribuzione alla sanità integrativa è prevista dalla parte economica dei contratti nazionali e quindi è obbligatoria.

L'ultimo testo apparso sul sito del Senato prima della bocciatura prevedeva che al fine di contrastare l'omissione contributiva ad opera del datore di lavoro in virtù di quanto previsto dai CCNL applicati, i fondi sanitari integrativi avrebbero potuto stipulare una convenzione con l'INPS per il servizio di riscossione dei contributi e si ipotizzava anche il coinvolgimento dell'Ispettorato Nazionale del Lavoro nelle azioni di contrasto delle omissioni contributive.

Non rientravano in questo emendamento altri aspetti invocati da diversi operatori. Si fa riferimento innanzitutto all'introduzione di un capitale minimo di garanzia di cui ogni fondo sanitario dovrebbe dotarsi. Si è ipotizzato in questi ultimi mesi l'introduzione di un capitale minimo calcolato sulla base delle prestazioni erogate dal fondo stesso. Chi ha avanzato questa proposta suggeriva che il capitale da accantonare fosse pari a una volta e mezzo la spesa annuale del fondo, calcolata come media delle prestazioni degli ultimi tre anni. Questa proposta non era prevista dall'emendamento citato, ma al di là da obblighi di legge, la progressiva patrimonializzazione del fondo è una condizione necessaria se si intende passare dall'attuale regime totalmente assicurato ad una gestione mista delle prestazioni.

Tornando a Sanimoda, l'attuale contesto rende improbabile, se non impossibile, che le quote di iscrizione dei nuovi iscritti possano incrementare nei prossimi anni il patrimonio del fondo in modo significativo. Ecco quindi che l'avanzo di gestione, che come abbiamo visto sta beneficiando sia dell'andamento positivo dei tassi di interesse sia del bonus tecnico riconosciuto da Zurich, oltre che della gestione oculata del fondo, continua a rappresentare l'elemento fondamentale per poter patrimonializzare il Fondo con l'obiettivo di affrontare il futuro incerto che ci attende.

Ultimi auspicio riguardano l'introduzione di alcune misure già operative da tempo per la previdenza complementare: l'individuazione di un organo di vigilanza in stile Covip e l'obbligo di pubblicazione dei bilanci sul sito di ogni fondo sanitario, con l'obiettivo di avere controlli e trasparenza.

Appare evidente come ognuna di queste riforme influirebbe in modo determinante sull'operatività e sulle scelte strategiche di Sanimoda. Per questo motivo il Consiglio di amministrazione e la direzione del fondo sono impegnate a seguire le evoluzioni di questi temi con la massima attenzione.

12. CONCLUSIONI

I dati esposti in questa relazione dimostrano quanto di buono sia stato fatto in questi primi sette anni di operatività di Sanimoda e quanto ci sia ancora da fare.

Partiamo dall'ultima garanzia introdotta: la copertura contro il rischio di non autosufficienza.

Le evidenze sulla sanità e l'assistenza confermano quanto siano state lungimiranti le Fonti Istitutive di Sanimoda nell'aver inserito uno specifico contributo dedicato al tema della non autosufficienza nei Contratti Collettivi Nazionali del Lavoro.

I dati più recenti indicano che i costi sostenuti dai singoli e dalle famiglie destinati alla non autosufficienza abbiano superato i 34 miliardi destinati principalmente alla residenzialità e all'assistenza domiciliare, senza contare i trasferimenti pubblici per l'indennità di accompagnamento e per il sostegno alla residenzialità.

Oggi in Italia le persone non autosufficienti sono 3 milioni e mezzo, il 25% in più del 2008. È vero che la maggior parte delle persone perdono l'autosufficienza per l'avanzare dell'età



(circa l'80% dei non autosufficienti ha più di 65 anni e circa il 21% degli anziani non sono più autosufficienti), ma la non autosufficienza non è determinata esclusivamente da patologie, che hanno più probabilità di verificarsi con l'avanzare dell'età, può essere anche conseguenza di infortuni e dall'insorgenza di malattie fulminanti che possono colpire anche le persone giovani.

Inoltre, non bisogna trascurare che il rischio di perdere l'autosufficienza ha una tendenza direttamente proporzionale all'età di chi ne è colpito. Questo principio indica che il grado di gravità dei danni provocati dalla non autosufficienza sia inversamente proporzionale all'età: minore è l'età di chi perde l'autosufficienza, maggiore è la speranza di vita e quindi l'impegno economico che si deve sostenere, al di là del danno affettivo che non può essere in alcun modo rimborsato. In altre parole, un giovane che perde l'autosufficienza in modo permanente vivrà questa condizione più a lungo, con grossa sofferenza dei propri cari e maggior dispendio di risorse economiche. È a questo rischio che si è cercato di trovare una risposta in Sanimoda.

La decisione di prevedere contrattualmente il versamento di un contributo per la non autosufficienza ha permesso di rivolgersi al mercato assicurativo a nome di 200.000 lavoratrici e lavoratori con un'età media intorno ai 45 anni, ottenendo una rendita vitalizia di 1.895€ al mese a fronte del pagamento di un contributo trimestrale di soli 6€ a trimestre. Questo importo, a cui si aggiungono i servizi di assistenza, non evitano lo stato di emergenza emotiva ed economica che devono affrontare le famiglie di chi perde la propria autosufficienza, ma rappresenta comunque un aiuto che ci si augura possa non essere marginale.

Nel tentativo di dare una risposta ancor più completa ad un problema che non è individuale ma familiare, Sanimoda anche quest'anno ha deciso di affiancare alla polizza contrattuale una polizza volontaria dedicata ai familiari degli iscritti. Questa proposta rappresenta anche una soluzione alle lavoratrici e lavoratori del Comparto Moda in procinto di quiescenza. Gli iscritti a Sanimoda e Previmoda possono sottoscrivere una polizza volontaria per sé stessi, fino ad un limite di 70 anni di età, o per i propri familiari, intesi come coniugi, figli e genitori fino a 65 anni di età. La polizza è annuale e può essere rinnovata fino al 2028, scadenza della convenzione sottoscritta con Zurich. La finestra di sottoscrizione è annuale e viene proposta in autunno.

Date queste premesse, la priorità che si il Fondo si è imposto è far conoscere sia ai lavoratori sia alle aziende questa copertura che è stata allargata agli addetti dei comparti Pelle, Cuoio e Ombrelli, Occhialeria e Penne e Spazzole nel 2024, che è partita dal 2025 per i lavoratori a dei Comparti Calzature e Giocattoli e che, in ultimo dal 2026 sarà introdotta anche dall'ultimo Contratto, quello delle Concerie Industriali.

Ancor più sfidante è diffondere la conoscenza dei servizi che Sanimoda ha voluto mettere a disposizione dei propri iscritti sottoscrivendo la polizza assicurativa con IMA Italia Assistance. Per questo motivo si stanno finalizzando alcune iniziative per ricordare l'esistenza di questi servizi che sono resi disponibili alle lavoratrici e i lavoratori di Sanimoda anche nel ruolo di care-giver di familiari non autosufficienti.

Sul fronte della comunicazione, resta inalterato l'impegno di diffondere la consapevolezza delle lavoratrici e dei lavoratori del Comparto Moda di poter contare sulle prestazioni socio-sanitarie integrative previste dai Piani Sanitari. Si intende quindi proseguire con gli incontri con gli iscritti al fondo, con le aziende e con le parti sociali, pur essendo consapevoli che questa attività ha come naturale conseguenza l'aumento del ricorso alle prestazioni e quindi ha un impatto negativo sull'andamento tecnico. Questa attività viene portata avanti con Previmoda, con l'obiettivo di comunicare gli strumenti di welfare contrattuale, soddisfatti se la presenza di Sanimoda riesca a contribuire a diffondere l'importanza di fare previdenza complementare sin da giovani.

In ultimo è opportuno ricordare che sono stati confermati anche per il 2025 i piani aggiuntivi messi a disposizione delle aziende che intendano incrementare l'assistenza sanitaria a favore dei propri dipendenti o del loro nucleo familiare, così come si è riusciti a confermare le convenzioni con i negozi di ottica che garantiscono condizioni di miglior favore agli iscritti a Sanimoda e ai loro familiari in caso di acquisto di occhiali. Quest'ultima è un'iniziativa a costo zero per il fondo, che siamo in grado di mettere a disposizione in virtù della numerosità della nostra base associativa.

Il Consiglio di amministrazione che presiedo confida che questa relazione contribuisca a comunicare i risultati ottenuti da Sanimoda in questi primi sette anni di operatività.

Milano, 27 marzo 2025

Sanimoda
Il Presidente
Maurizio Bertona



RELAZIONE SOCIETÀ DI REVISIONE

.....

Baker Tilly Revisa S.p.A.

Società di Revisione e
Organizzazione Contabile
20124 Milano - Italy
Via Antonio da Recanate 1

T: +39 02 42290478

T: +39 02 76014305

PEC: bakertillyrevisa@pec.it

www.bakertilly.it



Relazione della società di revisione

Ai Soci di SANIMODA - Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa per i lavoratori dell'industria della moda

Relazione sul bilancio d'esercizio

Giudizio

Abbiamo svolto la revisione contabile del bilancio d'esercizio del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa per i lavoratori dell'industria della moda (SANIMODA) costituito dallo stato patrimoniale al 31 dicembre 2024, dal conto economico per l'esercizio chiuso a tale data e dalla nota integrativa.

A nostro giudizio, il bilancio d'esercizio fornisce una rappresentazione veritiera e corretta della situazione patrimoniale e finanziaria di SANIMODA al 31 dicembre 2024 e del risultato economico per l'esercizio chiuso a tale data 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). Le nostre responsabilità ai sensi di tali principi sono ulteriormente descritte nella sezione Responsabilità della società di revisore per la revisione contabile del bilancio d'esercizio della presente relazione. Siamo indipendenti rispetto a SANIMODA 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.

Altri aspetti

Il nostro incarico è stato svolto in via volontaria in quanto SANIMODA non è tenuto per legge a sottoporre a revisione legale i propri bilanci. Pertanto la presente relazione non è emessa ai fini dell'articolo 14 del Dlgs 39/2010.

Responsabilità degli amministratori e del collegio sindacale 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 di SANIMODA 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. Gli amministratori utilizzano il presupposto della continuità aziendale nella redazione del bilancio d'esercizio a meno che abbiano valutato che sussistono le condizioni per la liquidazione del Fondo o per l'interruzione dell'attività o non abbiano alternative realistiche a tali scelte.

Il collegio sindacale ha la responsabilità della vigilanza, nei termini previsti dalla legge, sul processo di predisposizione dell'informativa finanziaria di SANIMODA.

Responsabilità della società di revisione 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. Gli errori possono derivare da frodi o da comportamenti o eventi non intenzionali e sono considerati significativi qualora ci si possa ragionevolmente attendere che essi, singolarmente o nel loro insieme, siano in grado di influenzare le decisioni economiche prese dagli utilizzatori sulla base del bilancio d'esercizio.

Nell'ambito della revisione in conformità ai principi di revisione internazionali ISA (Italia), abbiamo esercitato il giudizio professionale e 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; abbiamo definito e svolto procedure di revisione in risposta a tali rischi; abbiamo acquisito elementi probativi sufficienti ed appropriati su cui basare il nostro giudizio. Il rischio di non individuare un errore significativo dovuto a frodi è più elevato rispetto al rischio di non individuare un errore significativo derivante da comportamenti o eventi non intenzionali, poiché la frode può implicare l'esistenza di collusioni, falsificazioni, omissioni intenzionali, rappresentazioni fuorvianti o forzature del controllo interno.
- 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 di SANIMODA.
- Abbiamo valutato l'appropriatezza dei principi contabili utilizzati nonché la ragionevolezza delle stime contabili effettuate dal Consiglio, inclusa la relativa informativa.
- Siamo giunti ad una conclusione sull'appropriatezza dell'utilizzo da parte del Consiglio del presupposto della continuità aziendale e, in base agli



elementi probativi acquisiti, sull'eventuale esistenza di una incertezza significativa riguardo a eventi o circostanze che possono far sorgere dubbi significativi sulla capacità di SANIMODA di continuare ad operare come un'entità in funzionamento. In presenza di un'incertezza significativa, siamo tenuti a richiamare l'attenzione nella relazione di revisione sulla relativa informativa di bilancio, ovvero, qualora tale informativa sia inadeguata, a riflettere tale circostanza nella formulazione del nostro giudizio. Le nostre conclusioni sono basate sugli elementi probativi acquisiti fino alla data della presente relazione. Tuttavia, eventi o circostanze successivi possono comportare che SANIMODA cessi di operare come un'entità in funzionamento.

- 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.

Altre relazioni

Gli amministratori della Società sono responsabili per la predisposizione della relazione sulla gestione della SANIMODA al 31 dicembre 2024, inclusa la sua coerenza con il relativo bilancio di esercizio e la sua conformità alle norme di legge.

Abbiamo svolto 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 di SANIMODA al 31 dicembre 2024 e sulla conformità della stessa alle norme di legge, nonché di rilasciare una dichiarazione su eventuali errori significativi.

A nostro giudizio, la relazione sulla gestione è coerente con il bilancio d'esercizio di SANIMODA al 31 dicembre 2024 ed è redatta in conformità alle norme di legge.

Con riferimento alla dichiarazione di cui all'art. 14, co. 2, lettera e), del D.Lgs. 39/10, rilasciata sulla base delle conoscenze e della comprensione dell'impresa e del relativo contesto acquisite nel corso dell'attività di revisione, non abbiamo nulla da riportare.

Milano, 14 aprile 2025

Baker Tilly Revisa S.p.A

Fabio Resnati
(socio procuratore)

RELAZIONE COLLEGIO SINDACALE

AL 31 DICEMBRE 2024

• • • • •

Signori Delegati,

il Consiglio di Amministrazione si è riunito il 27 marzo 2024 per l'approvazione del progetto di bilancio al 31 dicembre 2024 costituito dallo stato patrimoniale, dal conto economico e dalla nota integrativa. Inoltre, l'organo di amministrazione ha predisposto la relazione sulla gestione. Tali documenti sono stati consegnati al Collegio Sindacale in tempo utile affinché siano depositati presso la sede del Fondo corredati dalla presente relazione.

Il Collegio Sindacale ha svolto l'attività di vigilanza nel corso del 2024 secondo quanto stabilito dalle norme del Codice civile, di quanto stabilito dallo Statuto del Fondo e dai principi di comportamento sanciti dal Consiglio Nazionale dei Dottori Commercialisti ed Esperti Contabili.

Gli amministratori sono responsabili per la redazione del bilancio d'esercizio che fornisca una rappresentazione veritiera e corretta in conformità alle norme che ne disciplinano i criteri di redazione.

La responsabilità di esprimere un giudizio sulla correttezza dei dati riportati nel bilancio al 31 dicembre 2024 ricade sulla società di revisione Baker Tilly Revisa S.p.A., a cui è stata affidata l'attività di revisione legale e controllo contabile del bilancio.

Attività di vigilanza

Durante le verifiche periodiche, il Collegio ha preso conoscenza dell'evoluzione dell'attività svolta dal Fondo, ponendo particolare attenzione alle problematiche di natura contingente e/o straordinaria al fine di individuarne l'impatto economico e finanziario sul risultato di esercizio e sulla struttura patrimoniale, nonché gli eventuali rischi monitorati con periodicità costante.

Il Collegio Sindacale ha valutato l'adeguatezza della struttura organizzativa e funzionale del Fondo. I rapporti con le persone operanti nella citata struttura – amministratori, dipendenti e consulenti esterni – si sono ispirati alla reciproca collaborazione nel rispetto dei ruoli a ciascuno affidati.

Il Collegio ha provveduto in particolare, durante l'intero corso dell'esercizio, ad assicurare un costante confronto con la società di revisione e con il service amministrativo. Nel corso degli incontri, non sono emersi elementi o fatti censurabili né sono state riscontrate anomalie che abbiano reso necessario procedere ad ulteriori approfondimenti.

Da quanto riscontrato durante l'attività svolta nell'esercizio, il Collegio Sindacale può affermare che:

- le decisioni assunte dall'organo di amministrazione sono state conformi alla legge e allo statuto sociale e non sono state palesemente imprudenti o tali da compromettere l'integrità del patrimonio;
- sono state acquisite le informazioni sufficienti relative al generale andamento della gestione e sulla sua prevedibile evoluzione, nonché sulle operazioni di maggior rilievo, per dimensioni o caratteristiche, effettuate dal Fondo;
- non si pongono specifiche osservazioni in merito all'adeguatezza dell'assetto organizzativo, né in merito all'adeguatezza del sistema amministrativo e contabile, nonché sull'affidabilità di quest'ultimo nel rappresentare correttamente i fatti di gestione;
- nel corso dell'attività di vigilanza, come sopra descritta, non sono emersi ulteriori fatti significativi tali da richiederne la segnalazione nella presente relazione;
- non si è dovuto intervenire per omissioni dell'organo di amministrazione ai sensi dell'art. 2406 c.c.;
- il Collegio, a far data dalla sua nomina, non ha rilasciato pareri previsti dalla legge.



Bilancio di esercizio 2024

Il progetto di bilancio al 31 dicembre 2024 e ogni documento allegato, inclusa la relazione sulla gestione, segue l'impostazione delle norme previste dal Codice civile. I criteri di valutazione adottati, in particolare, rispettano i principi disposti dalle citate disposizioni legislative con gli opportuni adattamenti.

La società incaricata della revisione legale dei conti ha espresso un giudizio privo di rilievi al progetto di bilancio al 31 dicembre 2024.

Il bilancio sottoposto alla Vostra approvazione è sinteticamente riportato di seguito.

STATO PATRIMONIALE	31.12.2024	31.12.2023
IMMOBILIZZAZIONI	131.306	124.144
IMMOBILIZZAZIONI IMMATERIALI	106.611	88.591
IMMOBILIZZAZIONI MATERIALI	24.695	35.553
ATTIVO CIRCOLANTE	27.317.037	22.885.081
CREDITI	765.085	79
ATTIVITÀ FINANZIARIE	8.987.791	8.837.791
DISPONIBILITÀ LIQUIDE	17.564.161	14.047.211
RATEI E RISCONTI ATTIVI	55.869	45.270
TOTALE ATTIVO	27.504.212	23.054.495
PATRIMONIO NETTO	18.042.878	14.191.850
FONDO DI DOTAZIONE	15.365.422	12.998.838
AVANZO DI GESTIONE DELL'ESERCIZIO	2.677.456	1.193.012
DEBITI	9.461.334	8.862.645
DEBITI VERSO FORNITORI	113.860	209.182
DEBITI TRIBUTARI	32.542	20.395
DEBITI VERSO ISTITUTI DI PREVIDENZA E SICUREZZA SOCIALE	50.698	35.686
ALTRI DEBITI	63.123	52.019
DEBITI RELATIVI ALLA GESTIONE ASSICURATIVA	9.201.111	8.545.363
TOTALE PASSIVO	27.504.212	23.054.495

RELAZIONE COLLEGIO SINDACALE

.....

CONTO ECONOMICO	ESERCIZIO 2024	ESERCIZIO 2023
VALORE DELLA PRODUZIONE	40.187.129	36.536.745
CONTRIBUTI DESTINATI A COPERTURA DEGLI ONERI AMMINISTRATIVI	2.316.823	2.104.930
CONTRIBUTI PER QUOTE DI ISCRIZIONE	1.116.333	2.057.572
CONTRIBUTI PER LE PRESTAZIONI	35.976.315	32.374.243
PROVENTI DIVERSI	777.658	-
COSTI DELLA PRODUZIONE	2.179.391	3.018.746
PER SERVIZI	571.257	538.185
PER IL PERSONALE	443.519	382.615
AMMORTAMENTI E SVALUTAZIONI	47.978	35.958
ACCANTONAMENTO AL FONDO DI DOTAZIONE	1.116.333	2.057.572
ONERI DIVERSI DI GESTIONE	304	4.416
COSTI PER PRESTAZIONI SANITARIE	35.976.315	32.374.244
PREMI PER PRESTAZIONI SANITARIE INDIRETTE	35.976.315	32.374.244
TOTALE COSTI	38.155.706	35.392.990
DIFFERENZA TRA VALORE E COSTI DELLA PRODUZIONE	2.031.423	1.143.755
PROVENTI E ONERI FINANZIARI	657.722	61.255
INTERESSI ATTIVI BANCARI	678.036	77.124
ONERI FINANZIARI	(170.314)	(15.869)
RIPRISTINI DI VALORE DI TITOLI ISCRITTI NELL'ATTIVO CIRCOLANTE	150.000	
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE	2.689.145	1.205.010
IMPOSTE CORRENTI	(11.689)	(11.998)
AVANZO DI GESTIONE DELL'ESERCIZIO	2.677.456	1.193.012

Osservazioni e proposte in ordine all'approvazione del bilancio

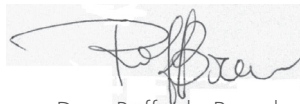
Considerando le risultanze dell'attività svolta, preso atto del giudizio emesso dalla società di revisione, il Collegio Sindacale non rileva motivi ostativi riguardo all'approvazione del bilancio d'esercizio chiuso al 31 dicembre 2024, così come redatto dagli amministratori.

Milano, 14 aprile 2025

Il Collegio Sindacale



Dott. Guido Costa - Presidente



Dott. Raffaele Brandi

ASSEMBLEA DEI DELEGATI

2025



PROPOSTA MOTIVATA PER IL CONFERIMENTO DELL'INCARICO DI REVISIONE LEGALE DEI CONTI

Ai Signori Delegati di
SANIMODA – Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa
per i lavoratori dell'industria della moda.

Il Collegio Sindacale

PREMESSO

- che l'art. 17 dello Statuto del Fondo consente che l'Assemblea dei Delegati attribuisca la funzione di revisione legale dei conti ad un soggetto esterno, dotato dei necessari requisiti professionali previsti dalla normativa di riferimento;
- che l'art. 13 del D.Lgs. 27 gennaio 2010, n. 39, prevede che l'Assemblea conferisca l'incarico suddetto su proposta motivata del Collegio Sindacale;

CONSIDERATO

- che sono pervenute al Collegio Sindacale quattro distinte dichiarazioni di disponibilità ad accettare l'incarico di revisione legale dei conti;
- che le dichiarazioni di disponibilità di cui sopra sono state presentate dalle seguenti società di revisione legale:

- 1) Crowe Bompani S.p.A.
- 2) Prorevi Auditing S.r.l.
- 3) Baker Tilly Revisa S.p.A.
- 4) Grange Lorito & Partners

- che, in merito all'oggetto dell'incarico, le dichiarazioni di disponibilità prevedono, per ciascun esercizio, la revisione legale del bilancio di esercizio, la verifica della regolare tenuta della contabilità sociale e della corretta rilevazione nelle scritture contabili dei fatti di gestione, nonché della coerenza della relazione sulla gestione;
- che i corrispettivi indicati nelle dichiarazioni di disponibilità ad assumere l'incarico di revisione legale dei conti, per ciascun esercizio, sono sintetizzati di seguito:

SOCIETÀ	ORE STIMATE	ONORARI
PROREVI AUDITING SRL	194	9.400,00
CROWE BOMPANI SPA	190	12.500,00
BAKER TILLY REVISA SPA	130	8.500,00
GRANGE LORITO & PARTNERS	80	6.100,00

VERIFICATO

- che le modalità di svolgimento della revisione illustrate nelle dichiarazioni di disponibilità, anche considerate le ore e le risorse professionali all'uopo previste, risultano adeguate in relazione all'ampiezza e alla complessità dell'incarico;
- che le dichiarazioni di disponibilità contengono anche specifica dichiarazione concernente il possesso dei requisiti d'indipendenza previsti dalla legge;
- che, sulla base di quanto desumibile dalle proposte, le Società di revisione legale che hanno dichiarato la propria disponibilità ad assumere l'incarico risultano in possesso dei requisiti di indipendenza previsti dalla legge;
- che le Società di revisione legale risultano disporre di organizzazione e idoneità tecnico-professionali adeguate alla ampiezza e alla complessità dell'incarico;

RITENUTO

- che tutti i candidati risultino idonei per lo svolgimento dell'incarico;
- che la valutazione delle condizioni economiche debba essere effettuata anche in considerazione dei tempi preventivati per lo svolgimento dell'incarico;
- che, pur in assenza di uno stringente obbligo di legge in tal senso, è preferibile che una stessa società non svolga l'incarico per più di tre mandati consecutivi;

PROPONE

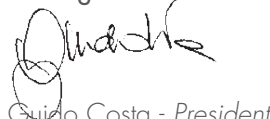
all'assemblea che l'incarico di revisione legale dei conti per gli esercizi 2025, 2026 e 2027, previa determinazione dei corrispettivi predetti per l'intera durata dell'incarico nonché degli eventuali criteri per l'adeguamento durante lo svolgimento dello stesso, sia affidato a Prorevi Auditing S.r.l. in conformità all'offerta dalla stessa formulata il 7 novembre 2024.

In caso di rinuncia, in via subordinata, il Collegio sindacale propone che l'incarico per la revisione legale dei conti per gli esercizi 2025, 2026 e 2027 sia attribuito in base alla seguente graduatoria, in conformità alle offerte di ciascun candidato:

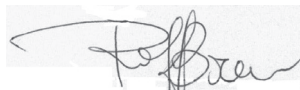
- 1) Crowe Bompani S.p.A.
- 2) Grange Lorito & Partners
- 3) Baker Tilly Revisa S.p.A.

Milano, 14 aprile 2025

Il Collegio Sindacale



Dott. Guido Costa - Presidente



Dott. Raffaele Brandi



BILANCIO PREVENTIVO 2025

.....

BILANCIO PREVENTIVO 2025

.....

BILANCIO PREVENTIVO		BILANCIO CONSUNTIVO
	2025	2024
A Valore della produzione	2.284.000	3.094.481
A.1 Contributi a copertura oneri amministrativi	2.284.000	2.316.823
A.5 Proventi diversi	0	777.658
B Costi della produzione	-1.127.700	-1.063.058
B.7 Per Servizi	-615.700	-571.257
B.9 Per il personale	-460.500	-443.519
B.10 Ammortamenti e svalutazioni	-51.500	-47.978
B.12 Accantonamento a Fondo Svalutazione Crediti relativi alla gestione assicurativa	0	0
B.13 Accantonamento a Fondo di Dotazione	0	0
B.14 Oneri diversi di gestione	0	-304
B.Bis Prestazioni Sanitarie	0	0
B.1 bis Prestazioni Dirette	0	0
B.2 bis Premi per prestazioni sanitarie indirette	0	0
C Proventi e oneri finanziari	352.000	657.722
C.16 Interessi bancari	469.000	678.036
C.17 Oneri finanziari	-117.000	-170.314
C.18 Riconoscimento di ripristini di valore su attività finanziarie correnti	0	0
C.19 Svalutazioni di titoli iscritti nell'attivo circolante che non costituiscono immobilizzazioni finanziarie	0	150.000
SALDO DELLA GESTIONE PRIMA DELLE IMPOSTE	1.508.300	2.689.145

Milano, 27 marzo 2025

Sanimoda
Il Presidente
Maurizio Bertona






SANIMODA

FONDO ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA

WWW.SANIMODA.IT