

The background of the page features a soft-focus image of two hands, one from the top left and one from the bottom right, gently holding a large, stylized logo. The logo is composed of several overlapping, rounded rectangular outlines in shades of orange, yellow, and light grey. The overall aesthetic is clean and professional, with a focus on human connection and care.

BILANCIO SOCIALE 2025

CASAGIT SALUTE ETS

Società Nazionale di Mutuo Soccorso dei Giornalisti Italiani "Angiolo Berti"

STRUTTURA DEL DOCUMENTO

Il presente Bilancio Sociale 2025 rappresenta il racconto fedele e trasparente dell'identità, dei valori, delle attività e dei risultati di Casagit Salute.

Redatto in conformità alle Linee guida ministeriali del 4 luglio 2019, questo documento è uno strumento di rendicontazione verso i soci, gli stakeholder istituzionali e la comunità, nel segno della trasparenza, della responsabilità e della missione mutualistica che ci guida da oltre cinquant'anni.

Il documento è articolato in sezioni che descrivono l'identità dell'ente, il sistema di governance, le risorse umane, le attività realizzate, i risultati raggiunti e gli effetti sociali prodotti.

01

IL BILANCIO SOCIALE

Il valore e la funzione del Bilancio Sociale come strumento di rendicontazione e narrazione del valore generato.

02

METODOLOGIA ADOTTATA

Riferimento normativo, principi guida e processo di redazione del documento.

03

CHI SIAMO

Denominazione, forma giuridica, identità, valori, missione, caratteristiche distintive del modello mutualistico

04

ORGANIZZAZIONE

struttura di governo e struttura operativa (organi sociali e organizzazione operativa della Mutua)

05

POPOLAZIONE

Composizione della popolazione aderente (Soci-familiari-beneficiari)

06

GESTIONE ECONOMICA E PERFORMANCE SOCIALE

Raccolta contributiva, tutela sanitaria, rete convenzionata.

07

OBIETTIVI E RISULTATI

Sostenibilità, capitale umano, efficientamento dei processi di rimborso e qualità della relazione con i soci.

08

CONFRONTO CON L'ANNO PRECEDENTE

Base demografica, contribuzione, prestazioni e lettura complessiva delle variazioni 2024-2025.

09

PROSPETTIVE FUTURE

Linee programmatiche 2025-2029 e direttrici strategiche per l'evoluzione del modello mutualistico.

BILANCIO SOCIALE

Il bilancio sociale rappresenta il modo attraverso cui la Mutua rende leggibile il proprio operato, trasformando i dati economici e gestionali in una narrazione comprensibile del valore generato.



In questo processo si realizza la funzione mutualistica, che trova compimento nell'impatto generato sulla salute e sul benessere delle persone assistite.

I dati economici rappresentano la **struttura** del sistema, mentre i dati demografici ne restituiscono il **significato**, consentendo di comprendere come le risorse vengano effettivamente utilizzate e a favore di quali bisogni.

- ❗ Dall'integrazione di queste dimensioni emerge il valore sociale della Mutua, che si esprime anche nella capacità di **leggere e anticipare l'evoluzione dei bisogni**, orientando le proprie scelte per rispondere in modo tempestivo ed efficace alle esigenze che via via si manifestano.

METODOLOGIA ADOTTATA

Il presente Bilancio Sociale è stato redatto in conformità alle **Linee guida** adottate con Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del **4 luglio 2019** per gli enti del Terzo settore, in attuazione di quanto previsto **dall'art. 14** del Dlgs **3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo Settore)**.

In coerenza con la funzione propria del BILANCIO SOCIALE e con i principi delle Linee guida ministeriali, il presente documento non riproduce integralmente i prospetti economico-patrimoniali contenuti nel BILANCIO DI ESERCIZIO REDATTO SECONDO I PRINCIPI CIVILISTICI al quale si rinvia per il dettaglio completo delle informazioni contabili e finanziarie.

Nel presente documento sono invece richiamati gli indicatori economici ritenuti maggiormente significativi ai fini della rappresentazione dell'**attività mutualistica** e della **sostenibilità sociale** dell'ente, con particolare riferimento al rapporto tra raccolta contributiva e prestazioni erogate, quale principale indice della capacità della Mutua di destinare le risorse raccolte alla tutela sanitaria e assistenziale dei soci.

La predisposizione del documento si è basata su analisi e validazione dei dati e delle informazioni, provenienti dai sistemi gestionali e amministrativi interni, nonché dai flussi informativi delle diverse aree organizzative della Mutua, al fine di garantire completezza, coerenza e affidabilità delle informazioni rappresentate.

PERIMETRO

Il Bilancio Sociale fa riferimento all'**esercizio 2025** e al perimetro delle attività istituzionali di Casagit Salute, come definite dallo Statuto e dalla normativa di riferimento del Terzo Settore.

APPROVAZIONE E PUBBLICAZIONE

Il Bilancio Sociale è stato sottoposto all'esame e all'approvazione dell'**Assemblea dei soci** ed è reso pubblico attraverso il deposito presso il **Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS)** e la pubblicazione sul sito istituzionale della Mutua.

PRINCIPI GUIDA DELLA REDAZIONE

TRASPARENZA E NEUTRALITÀ

Informazioni chiare, accessibili e non orientate

COMPLETEZZA E RILEVANZA

Rappresentazione integrale delle attività significative

COMPARABILITÀ E CHIAREZZA

Struttura narrativa comprensibile e confrontabile

COMPETENZA DI PERIODO

Riferimento puntuale all'esercizio 2025

IDENTITÀ E VALORI

Casagit Salute nasce nel **1974** come cassa di assistenza sanitaria integrativa dei giornalisti italiani, con l'obiettivo di contribuire, **attraverso la tutela della salute**, alla difesa della libertà di stampa e più in generale del **sistema democratico**. Nel **2019** si trasforma in Società Nazionale di Mutuo Soccorso ai sensi della **legge 3818 del 1886** – ETS (Ente del terzo settore), entrando nel novero delle principali SMS in Italia per dimensioni economiche.



MUTUALITÀ

Ciascuno contribuisce secondo le proprie possibilità e riceve secondo le proprie necessità. Un patto di solidarietà che attraversa generazioni.



SOLIDARIETÀ

Orientata all'aiuto reciproco, all'equità, all'attenzione ai più fragili e alla dimensione **intergenerazionale e intracategoriale**.



SOSTENIBILITÀ

La sostenibilità è il nostro faro: misurata in funzione dell'invecchiamento della popolazione e dell'evoluzione dei bisogni sanitari.



DEMOCRAZIA

La tutela della salute come condizione essenziale della libertà democratica: accesso, orientamento e continuità nelle cure per tutti.



Così come per il sistema previdenziale, anche per la mutua sanitaria integrativa **si contribuisce quando si può e si riceve quando serve**, secondo un equilibrio costruito nel tempo e tra generazioni.

In questa prospettiva, Casagit Salute contribuisce, insieme al SSN, a costruire un sistema più equo, efficace e sostenibile.

MISSIONE

La missione di Casagit Salute si esprime pienamente nel ruolo di **secondo pilastro del sistema sanitario nazionale**, integrando il Servizio Sanitario Nazionale su tre livelli distinti ma complementari tra loro. Non una sovrapposizione al pubblico, ma un completamento strutturale e funzionale che rende effettivo il diritto alla salute per tutti i soci.



LIVELLO COMPLEMENTARE

Copertura dei ticket sanitari, riducendo le barriere economiche all'accesso alle cure per i soci e i loro familiari.



LIVELLO INTEGRATIVO

Interventi nelle aree non comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), colmando le lacune strutturali del sistema pubblico.



LIVELLO SOSTITUTIVO-INTEGRATIVO

Laddove il sistema pubblico prevede prestazioni ma non ne garantisce l'accesso in tempi adeguati, Casagit rende effettivo il diritto alla cura.



La funzione apparentemente sostitutiva si configura in realtà come **pienamente integrativa**: consente di rendere effettivo il diritto alla salute sancito dalla Costituzione italiana, supportando il SSN nel garantire cure tempestive e appropriate.

LE CARATTERISTICHE DISTINTIVE DEL MODELLO MUTUALISTICO

Il modello mutualistico adottato da Casagit Salute si traduce in un sistema di assistenza **inclusivo e non selettivo**, che garantisce la continuità della copertura lungo tutto l'arco della vita, indipendentemente dall'età o dalle condizioni di salute. Questi elementi non costituiscono aspetti accessori, ma sono espressione diretta dei valori fondanti della Mutua.



NESSUNA SELEZIONE DEL RISCHIO

L'accesso alle prestazioni è garantito a tutti i soci, indipendentemente dall'età o dallo stato di salute al momento dell'adesione. Un principio di equità che distingue il modello mutualistico da quello assicurativo.



ESTENSIONE AL NUCLEO FAMILIARE

La tutela si estende ai familiari del socio, ampliando il perimetro della protezione oltre il singolo individuo e rafforzando la dimensione solidaristica e intergenerazionale del sistema. (anche indipendentemente dal carico fiscale)



LIBERTÀ DI SCELTA NELLE CURE

Il socio conserva piena libertà nella scelta dei propri percorsi di cura, con la possibilità di accedere sia al rimborso indiretto sia alla rete convenzionata, bilanciando autonomia e appropriatezza.



CONTINUITÀ PER TUTTA LA VITA

La copertura accompagna il socio in ogni fase dell'esistenza, dalla giovinezza alla terza età, garantendo una protezione duratura e stabile nel tempo, anche nelle fasi di maggiore fragilità.



ACCESSO ALLA PREVENZIONE

Le prestazioni di prevenzione sono pienamente accessibili, a testimonianza dell'orientamento del sistema verso una cultura della salute proattiva, capace di anticipare i bisogni prima che si manifestino.



SEMPLICITÀ DI ACCESSO

La semplificazione delle modalità di accesso alle prestazioni è un impegno concreto verso i soci: processi chiari, strumenti digitali e supporto operativo riducono le barriere burocratiche.

STRUTTURA DI GOVERNO

La governance di Casagit Salute si fonda su un modello **partecipativo e rappresentativo**, coerente con i principi della mutualità, che **pone al centro il ruolo dei soci** e la loro partecipazione democratica ai processi decisionali. In questo modello, la governance è essa stessa espressione dei valori fondativi della Mutua.

ASSEMBLEA NAZIONALE

Organo sovrano ed espressione diretta della base associativa. Approva il bilancio, il Bilancio Sociale e le principali decisioni strategiche, incarnando la democrazia mutualistica. Nel 2025 si è riunita **3 volte**

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Organo cui competono i poteri di gestione ordinaria e straordinaria. Definisce le politiche gestionali e approva i piani operativi. Nel 2025 si è riunito **11 volte**.

PRESIDENTE

Legale rappresentante dell'ente, garante della coerenza tra indirizzi strategici e gestione operativa della Mutua.

FIDUCIARI REGIONALI

Articolazioni territoriali della Mutua con funzioni consultive e di raccordo con i soci. Nel 2025 si sono riuniti **4 volte**. La dimensione territoriale è rafforzata dal sistema delle Consulte regionali.

COLLEGIO DEI REVISORI

Funzioni di controllo sulla regolarità amministrativa e contabile, vigilanza sull'osservanza delle norme e attestazione della conformità del Bilancio Sociale alle Linee guida ministeriali.

COLLEGIO DEI PROBIVIRI

Deputato alla composizione delle controversie tra la Mutua e i soci, garantendo equità e tutela dei diritti all'interno della comunità mutualistica.

📅 Nell'estate del 2025 si sono svolte le **elezioni per il rinnovo degli organi sociali**, momento fondamentale della vita associativa.

L'attività degli organi di governo si è caratterizzata per una intensa produzione deliberativa, orientata sia alla gestione di esigenze contingenti sia alla definizione di interventi strutturali a supporto della sostenibilità e dell'equità del sistema mutualistico.

La composizione nominativa degli organi sociali è disponibile sul sito istituzionale della Mutua.

STRUTTURA DI GOVERNO

TRATTAMENTO ORGANI SOCIALI E DIRIGENTI

Le indennità per i componenti degli organi statutari sono deliberate dal Consiglio di amministrazione sulla base dei principi deliberati dall'Assemblea nazionale dei soci in occasione del rinnovo delle cariche e sono pubblicate sul sito istituzionale. Le cifre sono al lordo delle imposte e dei contributi previdenziali e assistenziali.

Carica	Indennità Annuale Lorda	Note
Presidente del CdA (in aspettativa)	€ 95.514	Comprensiva di tutte le riunioni
Vicepresidente (in aspettativa)	€ 79.160	Comprensiva di tutte le riunioni
Vicepresidente (non in aspettativa)	€ 15.000	
Consiglieri	€ 4.000	+€ 500 Segretario; +€ 1.000–2.000 incarichi speciali
Presidente Collegio Revisori	€ 15.000	
Componenti Collegio Revisori	€ 12.000	
Presidente Collegio Probiviri	€ 3.000	
Componenti Collegio Probiviri	€ 1.000	
Fiduciari Regionali	€ 2.000 – 5.000	Proporzionale al numero soci nella Consulta; + gettone € 100 per riunione
Rappresentanti soci (Assemblea)	Gettone € 100	Per ogni partecipazione
Componenti gruppi di lavoro/commissioni	€ 500 – 1.500	Indennità annua
Direttore Generale (minimo tabellare + indennità)	€ 179.164,75	CCNL ADEPP Dirigenti

STRUTTURA OPERATIVA

ARTICOLAZIONE

DIREZIONE GENERALE

sovraintende l'intera struttura operativa e gestisce le risorse umane

DIPARTIMENTI

i dipartimenti rappresentano Macro aree aziendali (Dipartimento Amministrazione, Finanza e Controllo -Dipartimento dei Servizi Operativi)

SERVIZI

i servizi rappresentano i processi operativi (iscrizioni e contribuzione - rimborsi e network, assistenza ai soci e comunicazione - servizi generali - sviluppo e gestione piani aperti omogenei - sistemi informativi)

UFFICI

gli uffici rappresentano sotto processi operativi

UNITÀ DI STAFF

Rappresentano funzioni di coordinamento e/o attività a supporto trasversale dell'organizzazione

AUTOGESTIONE

PATRIMONIO INFORMATIVO STRATEGICO

Rilevazione, Tracciatura, Archiviazione di tutte le informazioni durante l'evoluzione delle singole fasi di processo

PROPRIETA' DEI DATI

I sistemi informativi interni garantiscono la tracciatura e la disponibilità di tutte le informazioni (dati) necessari ad una chiara lettura delle dinamiche mutualistiche

CAPACITA' E COMPETENZE

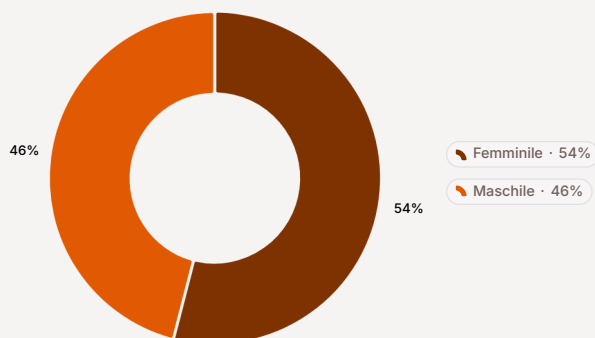
la disponibilità delle informazioni si integra alla capacità di saperle leggere in tutte le proiezioni necessarie a comprendere l'evoluzione dei bisogni sanitari e a garantire trasparenza nella rendicontazione

STRUTTURA OPERATIVA

IL CAPITALE UMANO

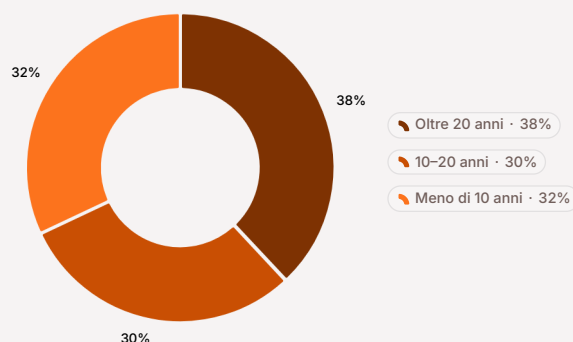
Il personale dipendente della Mutua è composto da **85 risorse**. La struttura è caratterizzata da una forte componente operativa: 75 impiegati (88%), 9 quadri (11%) e 1 dirigente. La quasi totalità del personale è a tempo pieno (83,46 FTE).

COMPOSIZIONE PER GENERE



Sostanziale parità di genere con lieve **prevalenza femminile (54%)**. Età media del personale: circa **49 anni**.

ANZIANITÀ DI SERVIZIO



Il 38% ha più di 20 anni di servizio. Forte continuità organizzativa affiancata da ingressi più recenti.

85

PERSONALE DIPENDENTE

Totale risorse in organico

83,46

FTE EFFETTIVI

Full Time Equivalent, con limitata presenza di part-time

14%

UNDER 35

Quota di personale giovane nell'organico

72%

FASCIA 35-60 ANNI

Principale fascia intermedia dell'organico

1:6,4

RAPPORTO RETRIBUTIVO

Differenziale max tra lavoratori (CTS prevede 1:8)

in un mondo in cui l'innovazione, in particolare quella digitale, imprime cambiamenti sempre più rapidi e incisivi, la capacità delle persone di aggiornare le proprie competenze e di rispondere in modo flessibile alle nuove esigenze rappresenta un fattore determinante per garantire la qualità e la sostenibilità del servizio mutualistico.

Nel 2025 è stato avviato un progetto organico di ricognizione e valorizzazione delle competenze del personale, finalizzato ad aggiornare il patrimonio informativo su titoli e qualifiche e a mappare sistematicamente le competenze professionali sviluppate all'interno dell'organizzazione.



RESILIENZA ORGANIZZATIVA

Capacità di adattarsi all'evoluzione dei bisogni sanitari e alle trasformazioni tecnologiche



INNOVAZIONE E COMPETENZE

Le persone aggiornano le proprie competenze per rispondere in modo flessibile alle nuove esigenze digitali



VALORE MUTUALISTICO

Il capitale umano è il punto di contatto tra l'impianto mutualistico e la sua concreta realizzazione

Sempre nello stesso anno la Mutua ha promosso specifiche iniziative di formazione e aggiornamento, orientate sia allo sviluppo delle competenze relazionali sia al rafforzamento delle capacità tecnico-specialistiche del personale.

SOFT SKILL

Percorsi formativi dedicati a:

- Strategie e tecniche di comunicazione
- Gestione efficace del dialogo con gli assistiti
- Utilizzo consapevole dei canali digitali e social media
- Ascolto attivo, comprensione ed empatia

La Mutua riconosce come **parlare, ascoltare, sentire e comprendere** siano dimensioni distinte e non sovrapponibili del processo comunicativo, tutte essenziali per garantire qualità del servizio.

HARD SKILL

Percorsi di formazione su:

- Analisi dei dati e business intelligence
- Big data e intelligenza artificiale
- Strumenti di gestione dei flussi informativi

La capacità di raccogliere, organizzare e interpretare i dati rappresenta oggi un **fattore strategico** per comprendere l'evoluzione dei contesti socio-sanitari e orientare in modo efficace le scelte gestionali. I dati costituiscono un patrimonio informativo essenziale per monitorare le dinamiche interne e anticipare l'evoluzione dei bisogni degli assistiti.

La Mutua si manifesta e si rende tangibile proprio attraverso le proprie persone, che rappresentano il punto di contatto tra l'impianto mutualistico e la sua concreta realizzazione.

COMPOSIZIONE DELLA POPOLAZIONE

55.007

ASSISTIBILI TOTALI

Soci-familiari-beneficiari in mutualità mediata

54.742

99,52%

Mutualità diretta (soc i+ familiari)

265

0,48%

BENEFICIARI in mutualità mediata
(2 soci in mutualità mediata - persone

32.038

SOCI

a cui si aggiungono 2 persone giuridiche in
mutualità mediata

22.969

FAMILIARI+BENEFICIARI

solo FAMILIARI 22.704
41% della popolazione assistita

0,71

FAMILIARI PER SOCIO

Rapporto medio familiare/socio

~30-32

ETÀ MEDIA DI INGRESSO
IN COPERTURA

~49

ETÀ MEDIA DEGLI
ISCRITTI

(soci e familiari)

~64

ETÀ MEDIA SOCI

Componente più anziana del
sistema



Il sistema mutualistico accompagna gli iscritti lungo l'intero ciclo di vita, dalla fase iniziale fino alle età più avanzate.

LA RACCOLTA CONTRIBUTIVA

Nel 2025, la raccolta contributiva complessiva si attesta a circa **86 milioni di euro**, confermando la solidità del sistema e la sua capacità di sostenere nel tempo l'assistenza ai soci e ai loro familiari. La contribuzione non rappresenta il prezzo della prestazione, ma una **partecipazione responsabile a un sistema collettivo** orientato alla solidarietà e alla sostenibilità nel tempo.

Nel 2025 Casagit Salute ha **destinato alle prestazioni sanitarie** e assistenziali circa **l'87%** dei contributi e proventi complessivamente raccolti, confermando l'elevata capacità redistributiva del sistema mutualistico. In questo quadro, l'esercizio si chiude con un risultato complessivo negativo inferiore a 1 milione di euro, all'interno di un percorso di progressivo riequilibrio della gestione avviato negli ultimi anni. Il dato assume particolare rilievo se letto nel **contesto di forte incremento dei costi sanitari** e della **crescente pressione demografica** sulla popolazione assistita. Gli interventi adottati sono stati orientati non a una riduzione indistinta della tutela, ma a una più attenta allocazione delle risorse verso i bisogni sanitari fondamentali, con particolare attenzione alla prevenzione, alla continuità delle cure, alle situazioni di fragilità e alla sostenibilità intergenerazionale del sistema mutualistico.

~86M

RACCOLTA TOTALE

Contribuzione complessiva
2025

55K+

ISCRITTI TOTALI

Base associativa nazionale

~1.500€

CONTRIBUTO MEDIO

Per iscritto a livello nazionale

~2.300€

**CONTRIBUTO MEDIO
SOCI**

~500€

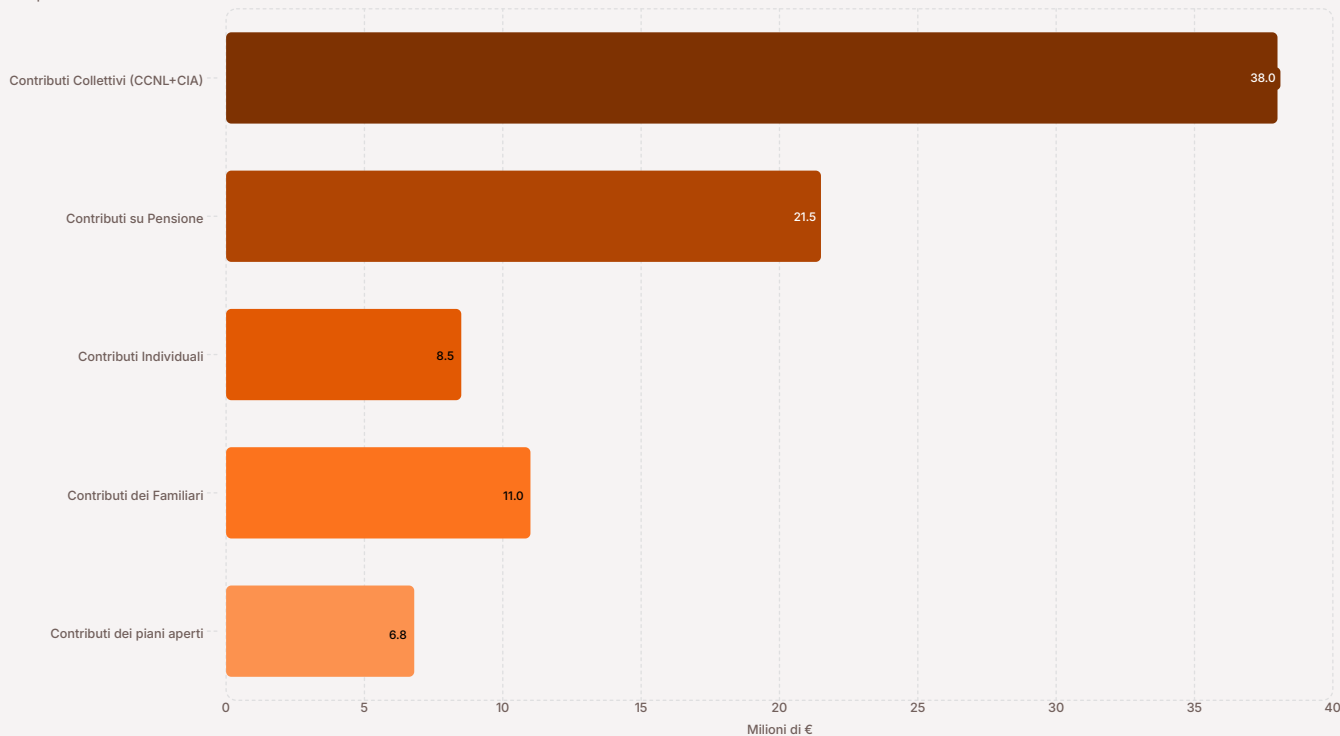
**CONTRIBUTO MEDIO
FAMILIARI**

La presenza di familiari e pensionati, con contribuzione inferiore al fabbisogno, trova equilibrio grazie al meccanismo mutualistico complessivo.

Il **canale collettivo** (54% del totale vs il 49% del **canale individuale**) rappresenta una leva di accesso per la popolazione attiva; quello individuale svolge un ruolo di continuità, accogliendo soci in età più avanzata, in particolare dopo il pensionamento.

COMPOSIZIONE E DISTRIBUZIONE DELLA RACCOLTA

Componente Contributiva



La distribuzione territoriale della contribuzione conferma la **natura nazionale** di Casagit Salute e la sua capacità di operare in modo diffuso e capillare sull'intero territorio.

Lazio (~32M€) e Lombardia (~24M€) esprimono complessivamente oltre il **60%** della contribuzione totale, in coerenza con la distribuzione degli iscritti.

PRESENZA IN TUTTE LE REGIONI

Base associativa stabile in tutte le regioni italiane: oltre 55 mila iscritti. Il modello mutualistico si adatta a contesti territoriali differenti.

CONTRIBUTO MEDIO NAZIONALE

~1.500 euro per iscritto a livello nazionale, con valori compresi tra ~1.300 e ~1.700 euro nelle diverse aree geografiche.

MUTUALITÀ MEDIATA

Si sviluppa, seppur con peso ancora contenuto, una forma di mutualità mediata che consente di mettere a disposizione di soggetti terzi la struttura e le competenze maturate in oltre 50 anni di esperienza.

PRESTAZIONI EROGATE

Nel 2025 Casagit Salute ha erogato prestazioni per un valore complessivo di circa **75 milioni di euro**, confermando la capacità del sistema di restituire ai soci e ai loro familiari una quota significativa delle risorse raccolte, in coerenza con i principi mutualistici.

Particolare rilievo assumono le prestazioni legate ai **bisogni sanitari più complessi e continuativi**, tra cui gli interventi per la non autosufficienza, le terapie fisiche e psicologiche e il supporto ai pazienti oncologici, che testimoniano la capacità del sistema di *rispondere non solo a esigenze episodiche, ma a condizioni di fragilità e di lungo periodo*.

43.072

ASSISTITI

SPECIALISTICA — ~24,6 M€

Voce prevalente della spesa. Nuovo meccanismo di rimborso più coerente ai costi reali, con franchigia del 15%, massimale annuo e tutele specifiche per pazienti oncologici.

RICOVERI — ~20,6 M€

Progressivo passaggio dal rimborso a piè di lista al sistema a forfait per pacchetti, con orientamento verso maggiore appropriatezza e trasparenza della spesa.

ASSISTENZA, TERAPIE E PRESIDIO — ~13 M€

Include interventi per non autosufficienza, terapie fisiche e psicologiche, supporto ai pazienti oncologici: il sistema risponde anche alle condizioni di lungo periodo e fragilità.

ODONTOIATRIA — ~14,5 M€

Area con forte incidenza per i figli (29% nel sistema Casagit, 54% nei piani aperti), espressione concreta della mutualità intergenerazionale estesa al nucleo familiare.

COMPOSIZIONE DELLE PRESTAZIONI

- ❗ Un elemento distintivo del sistema è la compresenza di due modalità di accesso: il **rimborso in forma indiretta** (massima libertà di scelta per il 59%) e l'**accesso al network convenzionato** (orientamento del percorso di cura e appropriatezza per il 41%). In alcune aree, come quella dei ricoveri, il ricorso al network risulta prevalente.

COERENZA TERRITORIALE

La distribuzione delle prestazioni rispecchia quella della contribuzione e degli iscritti

DIFFERENZE NELLA DISTRIBUZIONE

Nella composizione della spesa si rilevano differenze di concentrazione per genere e tipologia di iscrizione



COMPONENTE FEMMINILE

Maggiore incidenza della **specialistica** (35% contro il 29% maschile), in coerenza con profili sanitari che richiedono un accesso più frequente a visite e diagnosi.



COMPONENTE MASCHILE

Peso più rilevante dei **ricoveri** (30% contro il 24% femminile), con bisogni sanitari orientati verso interventi di maggiore intensità clinica.



FIGLI

Alta incidenza dell'**odontoatria** (29% nel sistema Casagit, 54% nei piani aperti) e dell'area assistenza, terapie e protesi (29%), con contribuzione mediamente inferiore alla spesa sostenuta.



CONIUGI

Maggiore incidenza dei **ricoveri** (circa 28-30%), a fronte di una partecipazione contributiva contenuta rispetto al fabbisogno sanitario espresso.

- ✅ I dati confermano il funzionamento concreto del **principio mutualistico**: i familiari, a fronte di una contribuzione mediamente inferiore, risultano destinatari di una quota significativa delle prestazioni, in particolare nelle aree caratterizzate da bisogni continuativi. Il sistema redistribuisce le risorse in funzione dei bisogni, superando la logica di equivalenza tra contributo e prestazione.

NETWORK CONVENZIONATO

La rete convenzionata "proprietaria" **non presenta aree scoperte**: si configura come un sistema articolato e diffuso, in grado di garantire prossimità, accessibilità e continuità delle cure su tutto il territorio nazionale. Sono stati introdotti interventi per migliorare l'accessibilità, tra cui l'estensione della forma diretta alle prestazioni riconosciute da tutti i piani.

1.776

STRUTTURE TOTALI

235

**STRUTTURE DI
RICOVERO**

Cliniche e ospedali
convenzionati

229

CENTRI AMBULATORIALI

Strutture ambulatoriali
convenzionate

713

ODONTOIATRI

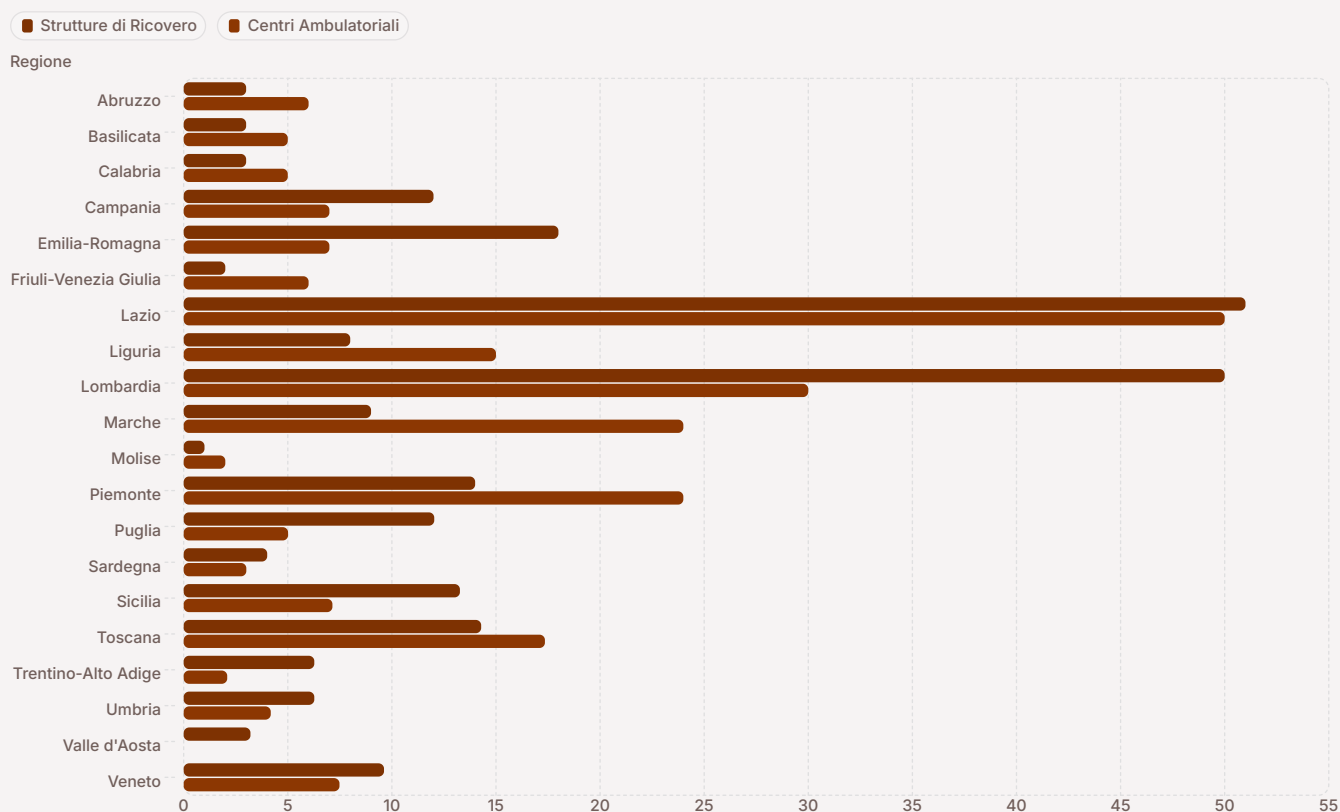
Prima tipologia per numerosità
nella rete

599

MEDICI SPECIALISTI

Seconda tipologia per
numerosità

STRUTTURE DI RICOVERO E CENTRI AMBULATORIALI PER REGIONE



OBIETTIVI E RISULTATI

SOSTENIBILITÀ E APPROPRIATEZZA

Nel corso del 2025, Casagit Salute ha perseguito con determinazione l'obiettivo di rafforzare la **sostenibilità economica** del sistema e di migliorarne la capacità di risposta ai bisogni sanitari. Gli interventi realizzati, orientati principalmente al Piano Casagit, esprimono una linea di indirizzo coerente verso l'equilibrio tra sostenibilità, equità e qualità della risposta ai bisogni di salute.

01

REVISIONE DEL RIMBORSO DELLE VISITE SPECIALISTICHE

Superamento del sistema a tariffe fisse: introdotto un meccanismo più coerente con i costi reali delle prestazioni (rimborso dell'85% della spesa)

02

RIPERIMETRAZIONE DEI FARMACI RIMBORSABILI

Eliminato il rimborso per i farmaci di **fascia C**, con misure di salvaguardia per garantire la continuità terapeutica e tutele specifiche per i pazienti oncologici, per i quali tali farmaci rappresentano spesso un supporto essenziale.

03

CONTRIBUZIONE FAMILIARI PER FASCE DI ETÀ

Introdotto un sistema di contribuzione articolato per fasce di età: livelli contenuti nelle fasi iniziali della vita, progressivamente più elevati nelle età successive, in coerenza con l'evoluzione dei bisogni sanitari. In logica di equità: attenuazione della contribuzione per nuclei con minore capacità economica tramite criteri ISEE.

04

RIPRISTINO AGGIORNAMENTO CONTRIBUTO PENSIONATI

Riallineato il meccanismo di aggiornamento della base di calcolo del contributo dei pensionati, che era stato temporaneamente sospeso, mantenendo il principio solidaristico che commisura la partecipazione alla capacità economica.

05

STANDARDIZZAZIONE DEI NOMENCLATORI

Avviata la revisione e introduzione di **codifiche condivise**, finalizzate a migliorare la leggibilità delle prestazioni, l'efficienza dei processi e la capacità di dialogo con il sistema sanitario nel suo complesso.

06

SUPERAMENTO DEL RIMBORSO "A PIÙ DI LISTA"

Progressiva introduzione di **pacchetti a forfait** per ricoveri e interventi chirurgici, per orientare le risorse verso maggiore appropriatezza, trasparenza e prevedibilità della spesa.

TUTELA DELLE SITUAZIONI DI FRAGILITÀ

Nel corso del 2025 sono stati confermati e rafforzati interventi dedicati alle situazioni di maggiore fragilità, in continuità con un orientamento che nel tempo ha consolidato l'attenzione verso le patologie ad alto impatto clinico, economico e psicologico.

TUTELE PAZIENTI ONCOLOGICI

Confermati gli interventi a favore dei pazienti oncologici: **rimborso dell'IVA sulle prestazioni sanitarie**, possibilità di ottenere rimborsi superiori al massimale per le visite specialistiche, esenzione dai limiti per i farmaci di fascia C essenziali al percorso di cura.

COPERTURA IN CASO DI DISOCCUPAZIONE E CIG

Ampliata la **copertura nei casi di disoccupazione e cassa integrazione**, rafforzando il sistema di tutela nei momenti di maggiore vulnerabilità economica dei soci, anche grazie al contributo del socio sostenitore.

ATTENUAZIONE CONTRIBUTIVA PER REDDITI BASSI (ISEE)

Introdotta un meccanismo di attenuazione della contribuzione per i nuclei familiari con minore capacità economica, attraverso l'adozione di **criteri basati sull'ISEE**, per garantire un accesso più equilibrato ai servizi mutualistici.

SOSTEGNO GIORNALISTI IN ZONE DI GUERRA

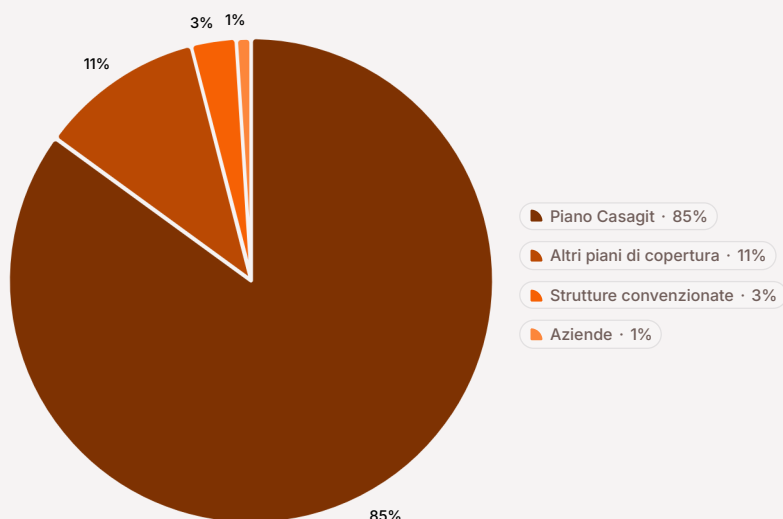
Proroga della misura di sostegno per i giornalisti impegnati in contesti di guerra o crisi internazionale, con **mantenimento di condizioni migliorative per l'accesso alla psicoterapia**, riconoscendo il crescente impatto professionale e personale di tali contesti.

ASSISTENZA E QUALITÀ DELLA RELAZIONE

L'attività di assistenza ai soci rappresenta uno dei principali punti di contatto tra la Mutua e la propria base associativa, nonché uno degli ambiti in cui si manifesta in modo più diretto la qualità del servizio offerto.



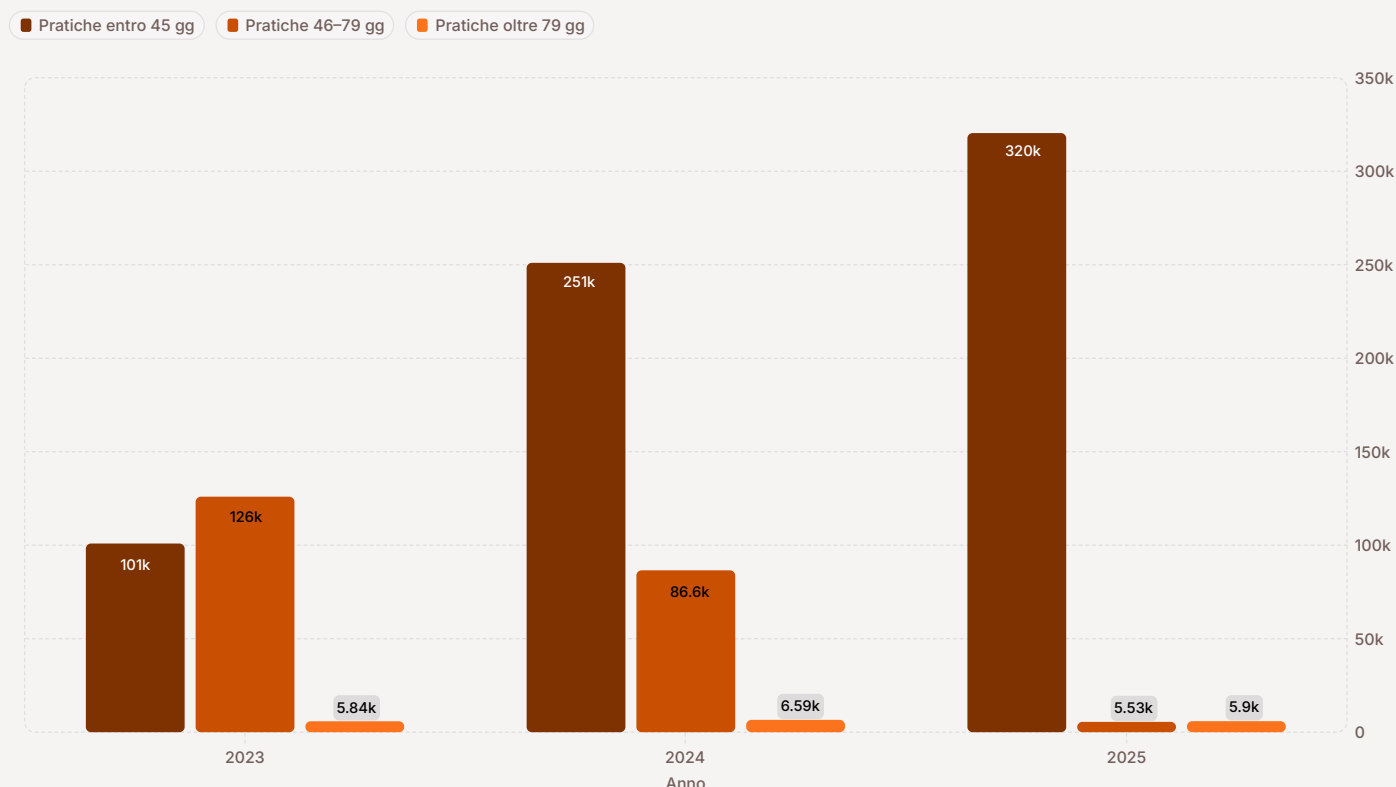
DISTRIBUZIONE DELLE RICHIESTE PER TIPOLOGIA



i L'attività di assistenza non si esaurisce nella risposta immediata, ma si configura sempre più come un processo di **presa in carico del bisogno**. Nelle situazioni più complesse, la struttura raccoglie l'esigenza, avvia gli opportuni approfondimenti e procede a un successivo ricontatto, per fornire una risposta completa e consapevole.

EFFICIENTAMENTO DEI PROCESSI DI RIMBORSO

Nel corso del triennio 2023–2025, l'attività di gestione delle pratiche ha registrato un'evoluzione significativa, sia in termini di volumi sia di tempi di lavorazione, evidenziando un progressivo rafforzamento dell'efficienza operativa. L'incremento dei volumi tra 2023 e 2024 è riconducibile in larga parte al processo di **digitalizzazione dei servizi**.



331.847

**PRATICHE LAVORATE
2025**

Rispetto a 232.711 nel 2023 e
344.182 nel 2024

320.419

**PRATICHE ENTRO 45 GG
(2025)**

Quota largamente prevalente
del totale

5.528

**PRATICHE 46–79 GG
(2025)**

Da 125.957 nel 2023: drastica
riduzione

☑ Questi dati evidenziano un **rilevante efficientamento operativo**, ottenuto in un contesto di crescita dei volumi, e testimoniano la capacità della Mutua di coniugare innovazione tecnologica, organizzazione interna e qualità del servizio, garantendo tempi di risposta sempre più rapidi.

PROMOZIONE MUTUALISTICA

Nel 2025, l'attività di sviluppo e promozione ha evidenziato un'espansione strategica attraverso nuove convenzioni, accordi innovativi e una crescita significativa delle adesioni, consolidando il ruolo della Mutua come partner affidabile nel welfare sanitario.

NUOVE CONVENZIONI STRATEGICHE

Sono state siglate importanti convenzioni con **FERPI (Federazione Relazioni Pubbliche Italiana)** e **CUP ER (Comitato Unitario delle Professioni della Regione Emilia-Romagna)**. Inoltre, è stato avviato il percorso per l'accordo con l'Università di Bolzano, concluso a inizio 2026, ampliando la nostra rete di partner istituzionali.

ACCORDO IN MUTUALITÀ MEDIATA CON AEQUA SALUTE

Un nuovo accordo con **Aequa Salute**, Mutua storica dal 2017, ha portato all'ingresso di circa **220 nuovi beneficiari e familiari**. Questo testimonia la fiducia riposta nel nostro modello mutualistico rispetto a coperture sanitarie di tipo assicurativo.

CRESCITA ADESIONI INDIVIDUALI VOLONTARIE

Le adesioni individuali volontarie hanno registrato un incremento del **12% (+812)** rispetto all'anno precedente, confermando il trend positivo del 2024 e l'attrattività della nostra proposta per i cittadini privati che apprezzano la copertura vita intera, l'assenza di selezione del rischio e la libertà di scelta di medici e strutture.

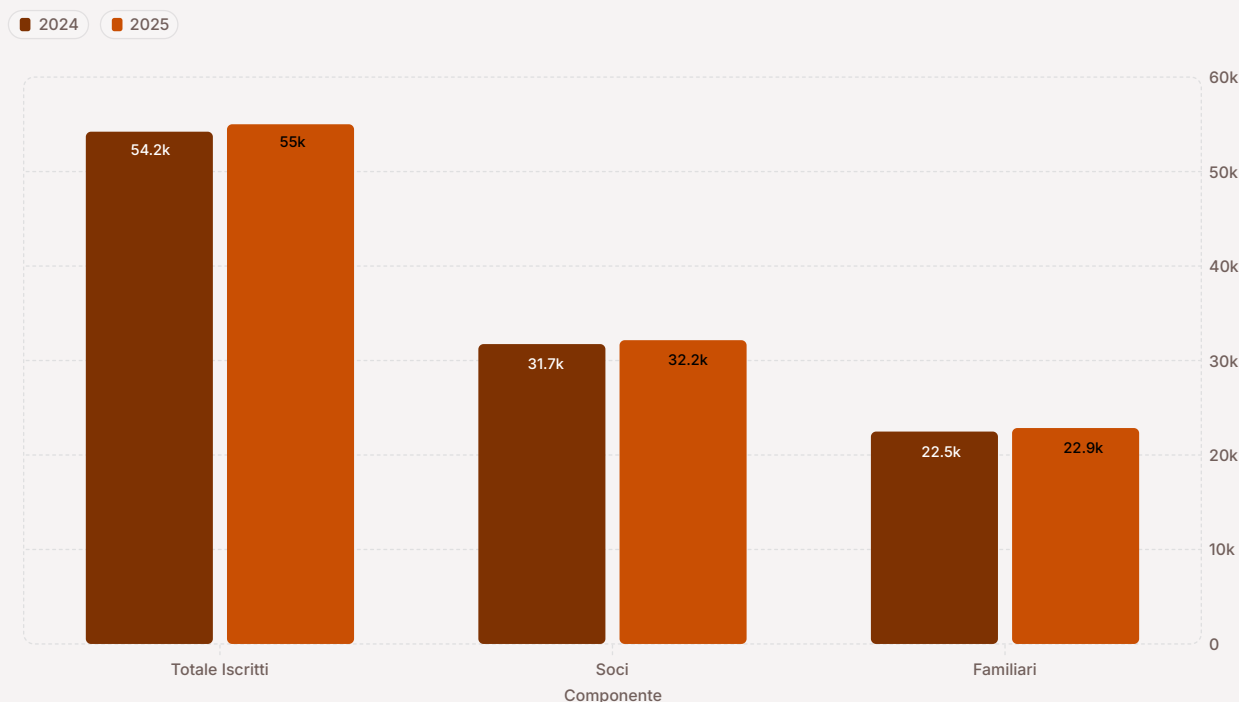
ACQUISIZIONE CLIENTI AZIENDALI

Nel 2025, il numero delle aziende è salito a 30 unità, inclusi enti pubblici non economici. **9 aziende** entrate nel 2025 portando in copertura **87 assistiti**. Le aziende apprezzano la nostra offerta come strumento concreto per il welfare aziendale e la possibilità di proseguire la copertura anche dopo il pensionamento.

CONFRONTO CON L'ANNO PRECEDENTE

POPOLAZIONE 2024-2025

Il confronto tra il 2024 e il 2025 evidenzia una **crescita complessiva della popolazione assistita**, che passa da 54.221 a 55.007 iscritti (+786 unità, pari a +1,4%). L'incremento riguarda sia la componente dei soci (+413) sia quella dei familiari (+373), confermando la tenuta della dimensione familiare della copertura.



FONDO GIORNALISTI (PIANO CASAGIT)

Registra una lieve **flessione** (da 47.953 a 47.699 iscritti, **-254** unità): componente attiva in calo (da 12.850 a 12.539, **-311**, -2,4%), pensionati in crescita (da 8.748 a 8.869, **+121**). Progressiva ricomposizione demografica verso fasce più mature.

PIANI SANITARI APERTI

In **crescita diffusa**: sia tra i soci sia tra i familiari, per un totale complessivo di circa **800** unità.

Piani welfare Inpgi W-in e W-in Plus mantengono una consistenza superiore alle 4.000 unità.

FONDI DI ADESIONE INDIVIDUALE E COLLETTIVA

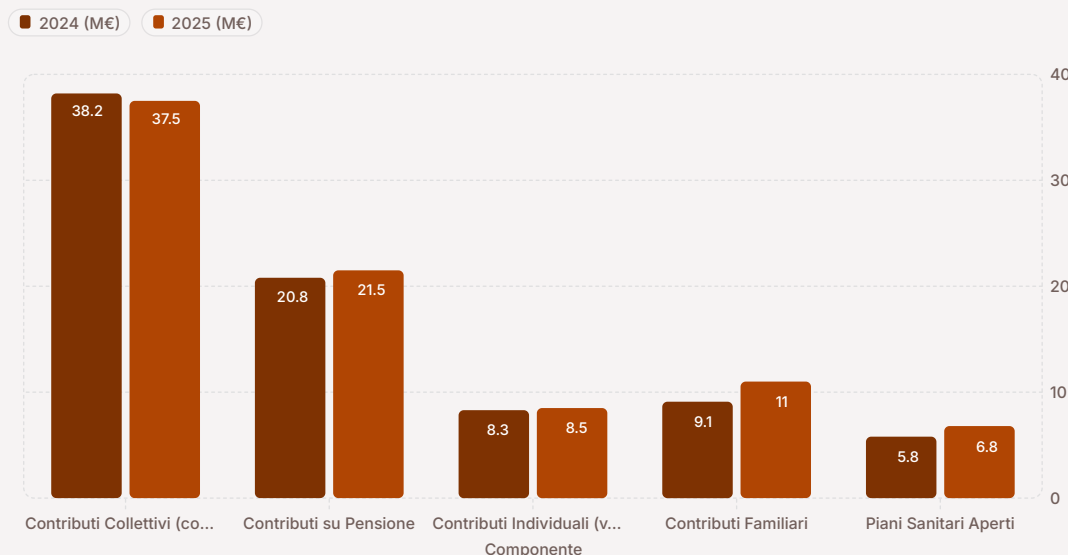
Risultano in **crescita**, rispettivamente di +751 e +24 unità, compensando in parte la flessione del Fondo Giornalisti.

MUTUALITÀ MEDIATA

Si **affaccia** nel 2025 con 265 iscritti, seppur con peso ancora contenuto, rappresentando un ambito di sviluppo potenziale del modello.

CONTRIBUZIONE 2024-2025: +3,8%

Il confronto tra il 2024 e il 2025 evidenzia una **crescita complessiva delle entrate contributive**, che passano da 82,8 milioni di euro a 86,0 milioni di euro (+3,2 milioni, pari a +3,8%). Questo incremento si colloca in un contesto di crescita moderata della base associativa (+1,4%), segnalando un rafforzamento della capacità contributiva media.



CONTRIBUTI COLLETTIVI

Da 38,2 a 37,5 milioni (-1,7%): lieve flessione coerente con la contrazione della componente dei giornalisti attivi.



CONTRIBUTI SU PENSIONE

Da 20,8 a 21,5 milioni (+3,4%): in linea con il peso crescente della componente pensionati e con gli interventi di aggiornamento dei livelli contributivi.



CONTRIBUTI FAMILIARI

Da 9,1 a 11,0 milioni (+20,3%): elemento di riequilibrio strutturale, coerente con gli interventi per fasce di età introdotti nel 2025.



PIANI SANITARI APERTI

Da 5,8 a 6,8 milioni (+18,3%): crescita interamente attribuibile allo sviluppo degli altri piani sanitari aperti, escludendo i piani Inpgi (stabili, ~2M€).

👉 **Valutazione complessiva:** la crescita delle entrate (+3,8%) è superiore alla crescita della base associativa (+1,4%); le variazioni interne sono allineate alle trasformazioni demografiche; lo sviluppo dei piani aperti contribuisce in modo crescente all'equilibrio complessivo. Ne emerge un quadro di **sostenibilità rafforzata**.

PRESTAZIONI 2024-2025

Nel 2025 la spesa complessiva per prestazioni sanitarie si attesta a ca **75 milioni di euro**, in crescita rispetto ai 72 milioni del 2024 (+2,6 milioni, pari a +3,6%). L'incremento si colloca in un contesto di crescita contenuta della popolazione assistita (+1,4%). La Mutua dimostra una crescente capacità di governo della domanda sanitaria, orientando l'utilizzo delle risorse verso prestazioni più appropriate e sostenibili.



ASSISTENZA, TERAPIE E PRESIDI: CRESCITA — DA 12,7 A 13,1 M€ (+3,1%)

Riflette l'aumento della componente più matura della popolazione assistita e la maggiore incidenza di bisogni sanitari continuativi (cronicità e percorsi riabilitativi). Rafforza il ruolo della Mutua come sistema di protezione orientato all'**accompagnamento nel tempo**.



ALTRI PIANI SANITARI: FORTE CRESCITA — DA 3,4 A 4,2M€ (+24%)

+814 mila euro, coerente con lo sviluppo della base associativa e il progressivo ampliamento del perimetro dei piani aperti, confermando il loro ruolo crescente nella dinamica complessiva della Mutua.



RICOVERI: STABILITÀ — ~20,6M€

Sostanzialmente stabili (19,9 milioni nel 2025 contro 19,9 nel 2024). Dato rilevante in relazione all'incremento della base assistita e al progressivo invecchiamento: capacità di **contenimento e governo della spesa** nelle aree più critiche.



SPECIALISTICA: RIDUZIONE — DA 26 A 24,6M€ (-5,3%)

Contrazione significativa di circa -1,8 milioni. Coerente con gli interventi di revisione dei meccanismi di rimborso, con una maggiore selettività e il contenimento di consumi non pienamente appropriati. La riduzione rappresenta un **indicatore di miglioramento qualitativo** della domanda, più che una contrazione della tutela.

PROSPETTIVE FUTURE



CENTRALE OPERATIVA E COMUNICAZIONE

Rafforzamento della capacità di presa in carico attraverso lo sviluppo di una **centrale operativa sempre più evoluta** e il potenziamento degli strumenti di comunicazione multicanale, per migliorare l'accesso alle informazioni e l'orientamento degli assistiti.



COMPLETAMENTO DELLA DIGITALIZZAZIONE

Semplificazione e digitalizzazione dei processi di adesione, consultazione del nomenclatore tariffario e del network convenzionato. Sviluppo di un **motore di ricerca evoluto delle prestazioni** per facilitare l'accesso e la comprensione delle coperture.



REVISIONE DEL NOMENCLATORE E DELLE CONVENZIONI

Piena implementazione del nuovo nomenclatore e revisione del sistema delle convenzioni, in coerenza con l'introduzione dei **modelli a pacchetto per ricoveri e interventi chirurgici**, per rendere la spesa sanitaria più efficiente, trasparente e governabile.



PROMOZIONE DELLA PREVENZIONE

Definizione di iniziative dedicate e realizzazione di momenti di confronto e sensibilizzazione, finalizzati a diffondere i **principi mutualistici** e a rafforzare la cultura della salute come valore condiviso.



RIORGANIZZAZIONE E EFFICIENTAMENTO

Avvio del percorso di riorganizzazione e ottimizzazione dei processi interni, in applicazione delle linee programmatiche deliberate dall'assemblea nazionale, con obiettivo di migliorare l'efficienza operativa e la qualità dei servizi offerti.



PROMOZIONE DELLA MUTUALITÀ

Intensificazione dell'attività di promozione della mutualità, con l'obiettivo di estendere la copertura a una **platea sempre più ampia**, valorizzando l'esperienza e il modello sviluppato nel tempo.

LINEE PROGRAMMATICHE

Nel corso del 2025 il Consiglio di amministrazione ha definito e sottoposto all'Assemblea nazionale le **linee programmatiche per il periodo 2025–2029**, che rappresentano il quadro di riferimento per l'evoluzione strategica della Mutua nei prossimi anni. Il contesto sanitario e sociale è caratterizzato da una crescente complessità e da una rapida evoluzione dei bisogni, che assumono sempre più una dimensione continuativa e "radiale", estendendosi oltre la singola prestazione per coinvolgere l'intero percorso di cura.

A supporto di queste direttrici, sarà mantenuto un **monitoraggio costante degli indicatori economici e gestionali**, al fine di garantire una valutazione continua della sostenibilità di lungo periodo e di orientare tempestivamente le scelte strategiche.

APPROVAZIONE E PUBBLICAZIONE DEL BILANCIO SOCIALE 2025

Il presente Bilancio Sociale 2025 di Casagit Salute rappresenta il compimento di un processo rigoroso di raccolta, analisi e comunicazione dei dati relativi all'esercizio. La sua approvazione da parte dell'**Assemblea dei Soci** costituisce l'atto formale con cui la comunità mutualistica riconosce la fedeltà della rappresentazione e ne condivide i contenuti.

"Contribuire, insieme al Servizio Sanitario Nazionale, a costruire un sistema più equo, efficace e sostenibile, capace di rispondere ai bisogni presenti senza compromettere quelli futuri e di rendere effettivo per tutti il diritto alla salute."

CONFORMITÀ NORMATIVA

Attestata dall'organo di controllo ai sensi del D.M. 4 luglio 2019 e dell'art. 14 del D.Lgs. 117/2017

APPROVAZIONE ASSEMBLEARE

Deliberata dall'Assemblea dei Soci quale organo sovrano di Casagit Salute

DEPOSITO AL RUNTS

Reso pubblico attraverso il deposito presso il Registro Unico Nazionale del Terzo Settore

PUBBLICAZIONE ISTITUZIONALE

Accessibile a tutti i soci, agli stakeholder e alla comunità di riferimento sul sito istituzionale della Mutua

✓ Il Bilancio Sociale è strumento vivo di accountability: non solo rendiconto del passato, ma **impegno verso il futuro** della comunità mutualistica di Casagit Salute.