

GESEA PAPER

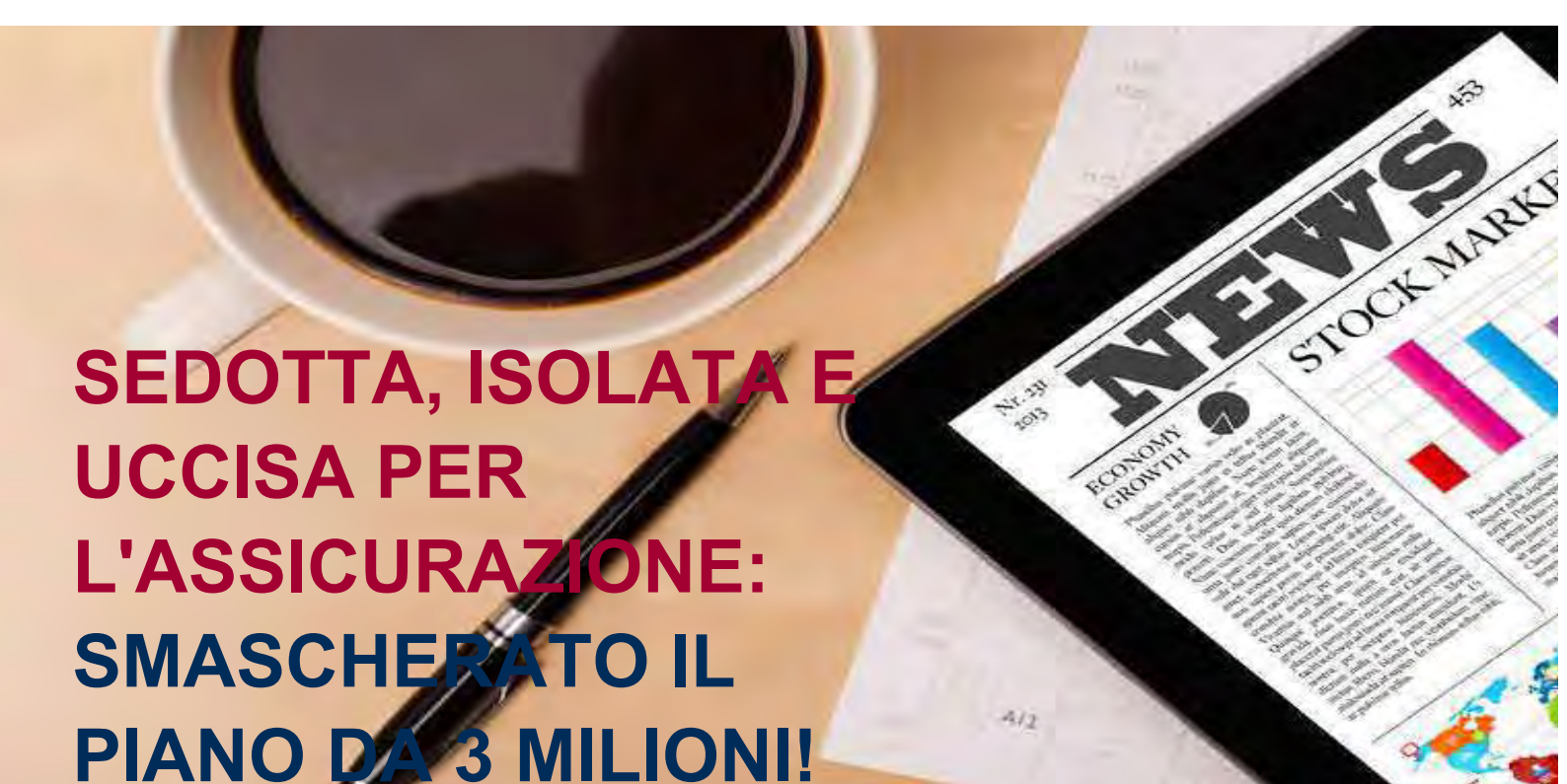
PERIODICO SUL SETTORE ASSICURATIVO

ANNO XII - N. 3

ELABORATO DA

gesea[®]
Audit & Fraud Management



A top-down view of a workspace. In the top left, a white cup filled with dark coffee sits on a light-colored surface. A black pen lies diagonally across the center. To the right, a tablet displays a news article with the word 'NEWS' in large, bold letters. Below it, the words 'ECONOMY' and 'GROWTH' are visible, along with a bar chart and a world map. The background is a warm, orange-toned surface.

SEDOTTA, ISOLATA E UCCISA PER L'ASSICURAZIONE: SMASCHERATO IL PIANO DA 3 MILIONI!

Secondo la procura di Firenze, una donna tedesca sarebbe stata uccisa durante una vacanza per far apparire la morte come un incidente e permettere l'incasso di polizze vita per circa 3 milioni di euro.

Arrestati il compagno, accusato di averla manipolata e isolata per anni, e una complice che avrebbe eseguito materialmente il piano. I due sono indagati per omicidio volontario e frode assicurativa.

Il dettaglio della triste vicenda è presente nella sezione "Occhio alle frodi", ove sono riportate numerose ulteriori fonti stampa a carattere nazionale.

Nella sezione "Gesea News" viene riportato un focus su un recente studio promosso da Tom Pelham, *Global Head of Cyber and Data*, e Arran Roberts, partner di *Kennedys*, ove sono riportate cinque previsioni sull'evoluzione del rischio cyber e il suo impatto sulle aziende e sugli organi di governo.

Siamo lieti, inoltre di presentare, da questo numero del Gesea Paper, una nuova sezione del nostro periodico dal titolo **"Le Info dal Mercato"** nata per offrire uno spazio dedicato all'analisi e alla sintesi di alcune tra le principali e più rilevanti notizie provenienti dal mondo economico e finanziario, in ambito nazionale ed internazionale. Un ulteriore tassello che rende il Gesea Paper ancora più ricco di contenuti di valore e sempre più vicino alle esigenze informative di professionisti, imprese e lettori attenti all'evoluzione del mercato.

Spazio infine al nuovo articolo della Rubrica *"L'angolo di Marco Contini"* a cura del Dott. Marco Contini, Insurance Business Advisor, Insurance Manager, Consulente strategico per Compagnie Assicurative, Esperto assicurativo in riorganizzazione e ristrutturazione aziendale, editorialista, saggista e opinionista, dal titolo **"Broker e Compagnie Assicurative: la nuova geografia del settore tra fusioni e acquisizioni"**.

Buona lettura!



ALL'INTERNO

IVASS NEWS

Le principali notizie, i recenti comunicati, stanno per apparire sul sito www.ivass.it per essere sempre aggiornati

pagina 4

“OCCHIO ALLE FRODI!” (RUBRICA)

I fatti, gli eventi e le principali notizie reperite dalla stampa relative a truffe ed azioni fraudolente in campo assicurativo commesse ai danni delle Compagnie Assicuratrici

da pagina 5

“FOCUS SUL CODICE” (RUBRICA)

Aggiornamenti normativi, variazioni codicistiche ed adeguamenti legali in ambito assicurativo

pagina 12

“GESEA NEWS”

Ultime novità, iniziative, notizie reperite da Gesea

pagina 13

“LE INFO DAL MERCATO”

Novità, tendenze e movimenti dal mercato economico-finanziario

pagina 14

“L'ANGOLO DI MARCO CONTINI” (RUBRICA)

Articoli sulla materia assicurativa

pagina 15



IVASS NEWS

- | | | |
|-------------------|--|------------------------------|
| 09.01.2026 | INSURANCE JSC DALLBOGG: LIFE AND HEALTH: segnalata polizza fideiussoria contraffatta | <i>LEGGI</i> |
| 13.01.2026 | L'IVASS ordina l'oscuramento di 3 siti internet abusivi | <i>LEGGI</i> |
| 16.01.2026 | L'IVASS ordina l'oscuramento di 3 siti internet abusivi | <i>LEGGI</i> |
| 22.01.2026 | Le Società di Mutuo Soccorso non sono abilitate ad emettere polizze fideiussorie | <i>LEGGI</i> |
| 26.01.2026 | Bollettino Statistico - L'attività assicurativa nel comparto salute (2019 - 2024) | <i>LEGGI</i> |
| 27.01.2026 | ELITE INSURANCE COMPANY LIMITED | <i>LEGGI</i> |
| 29.01.2026 | L'IVASS ordina l'oscuramento di 2 siti internet abusivi | <i>LEGGI</i> |
| 06.02.2026 | FWU LIFE INSURANCE LUX S.A. - registrazione al Portale Clienti | <i>LEGGI</i> |
| 06.02.2026 | INSURANCE JSC DALLBOGG: LIFE AND HEALTH - Mancato rilascio dell'attestato di rischio (ATR): indicazioni per assicurati e compagnie | <i>LEGGI</i> |
| 09.02.2026 | L'IVASS ordina l'oscuramento di 4 siti internet abusivi | <i>LEGGI</i> |
| 12.02.2026 | ADAC VERSICHERUNG AG: segnalate bozze di polizze fideiussorie contraffatte | <i>LEGGI</i> |
| 18.02.2026 | L'IVASS ordina l'oscuramento di 2 siti internet abusivi | <i>LEGGI</i> |
| 23.02.2026 | FWU LIFE INSURANCE LUX S.A.: Informazioni sulla liquidazione | <i>LEGGI</i> |



OCCHIO ALLE FRODI!

7 gennaio 2026

CHIETI - La Squadra Mobile della Questura di Chieti ha concluso una complessa attività di indagine, smascherando una ingente truffa, a danno di plurime compagnie assicurative. Nello specifico, due soggetti, un uomo ed una donna, dopo aver stipulato la polizza di assicurazione "Cane & Gatto", hanno simulato quarantatré incidenti a carico dei loro animali domestici. Prontamente, inviavano la richiesta di risarcimento alle compagnie assicurative, le quali, in tempi brevi, e senza mirati accertamenti, risarcivano i malfattori. Quest'ultimi, dopo aver falsificato fatture di cliniche veterinarie esistenti, chiedevano il rimborso del dovuto per le finte cure. La truffa ha permesso di ottenere oltre 40.000€ di premi non dovuti. I due soggetti sono stati identificati e denunciati in stato libertà presso la Procura della Repubblica. Per completezza, si precisa che le evidenze investigative sopra descritte attengono alla fase delle indagini preliminari e che pertanto, gli indagati devono ritenersi innocenti fino ad accertamento definitivo con sentenza irrevocabile di condanna.

7 gennaio 2026

SANTA MARIA CAPUA VETERE (CE) - Processo bis per la 'revisione' del tesoretto intascato dall'avvocato Giuseppe Luongo, 39enne di San Cipriano d'Aversa e dalla moglie Luigia Daniela Conte, 38enne di Villa di Briano, capi promotori di una associazione a delinquere dedita alle truffe alle assicurazioni collegate a falsi incidenti stradali. Un business che ha fruttato ben 2,2 milioni di euro.

E' quanto disposto dalla sesta sezione della Corte di Cassazione, presieduta da Massimo Ricciarelli, che si è pronunciata sul ricorso presentato dalla coppia di professionisti dei falsi incidenti avverso l'ordinanza del tribunale di Santa Maria Capua Vetere.

I due coniugi finiti al centro dell'indagine della Squadra Mobile della questura di Caserta e dal Nucleo Polizia Economico-Finanziaria della guardia di finanza di Caserta, insieme ad altre 100 persone si sarebbero resi responsabili tra gli altri dei reati di truffa alle assicurazioni e auto riciclaggio poiché nell'esercizio della loro professione di avvocato ed in concorso con medici, funzionari giudiziari e altre figure professionali avrebbero fraudolentemente creato una lunga serie di falsi incidenti stradali incamerando le relative liquidazioni da parte delle compagnie assicurative e investendo tali introiti in titoli, buoni postali e altri strumenti finanziari. L'indagine quindi avrebbe accertato la derivazione di tale attività illecita nella totalità dei proventi professionali realizzati dai ricorrenti. Il gip quindi ha disposto il sequestro preventivo del denaro per l'importo complessivo degli indebiti risarcimenti corrisposti nei diversi periodi che hanno interessato ciascuno di essi quale profitto della frode assicurativa nonché il sequestro delle somme corrispondenti agli investimenti da essi effettuati in quanto ritenute prodotto del delitto di autoriciclaggio. Il business illecito ammonta a 2,2 milioni di euro.

Il tribunale del Riesame ha ridotto l'importo delle somme sequestrate a titolo di profitto del reato di frode assicurativa determinando nella quota delle varie liquidazioni individualmente percepite dai ricorrenti, ma ha confermato il sequestro delle maggiori somme oggetto dei loro investimenti ribadendo la natura del prodotto dell'autoriciclaggio. Una soluzione scelta per evitare che l'economia legale fosse inquinata dalla circolazione di beni di provenienza illecita.

Avverso tale ordinanza i legali della coppia di professionisti ha presentato ricorso in Cassazione lamentando che "i prodotti finanziari acquistati con le liquidità ottenute dalle frodi assicurative costituiscono anch'essi profitto di reato e come tali soggetti a confisca diretta. A tali somme dunque deve essere limitata l'ablazione". Per la Suprema Corte il ricorso è fondato perché si necessita di "un supplemento di motivazione da parte del giudice del rinvio".

Annullata quindi l'ordinanza impugnata il giudice del rinvio dovrà indicare da cosa sia stato effettivamente composto il tesoretto degli indagati.



OCCHIO ALLE FRODI!

9 gennaio 2026

CASAL DI PRINCIPE (CE) - Dopo l'operazione dei carabinieri dello scorso dicembre, che aveva portato solo a cinque arresti, la Direzione distrettuale Antimafia di Napoli non si arrende e chiede di estendere le misure cautelari ad altri indiziati ritenuti fondamentali nel clan dei Casalesi. Un appello presentato al Tribunale del Riesame, a firma dei pm Simona Belluccio e Vincenzo Ranieri, con il sostegno del procuratore capo Nicola Gratteri.

La Dda contesta in particolare il ruolo di nove persone – per lo più familiari o stretti collaboratori del boss Pasquale Apicella, detto 'o bellomm, già in carcere con l'accusa di associazione mafiosa, estorsione e traffico di droga. Secondo gli investigatori, il clan continua a operare attraverso una rete di sostegno logistico, gestione degli affari illeciti e riciclaggio di denaro sporco.

L'inchiesta, coordinata dalla Direzione distrettuale antimafia di Napoli, racconta un salto di qualità nelle relazioni criminali campane: i due grandi gruppi mafiosi, il clan di Lauro e uomini un tempo di prim'ordine nella fazione Schiavone, da tempo su piazze diverse, avrebbero stretto un patto attraverso quattro intermediari per gestire insieme il traffico di droga. Nel corso delle indagini è stato sequestrato un chilogrammo di cocaina.

Ma non è solo droga. Le attività del clan spaziano in settori diversi e apparentemente legali. Emerge, tra le altre cose, una società di autonoleggio a Casal di Principe intestata a un prestanome, creata per sfuggire ai sequestri patrimoniali. Il gruppo era attivo anche nelle truffe assicurative, gonfiando sinistri automobilistici per rimpinguare le proprie casse.

Di seguito l'elenco degli indagati per i quali la Procura ha chiesto una nuova valutazione delle misure cautelari:

- Vincenzo Cantiello e la sorella Maria Giuseppa Cantiello (moglie di Apicella): accusati di aver materialmente gestito le attività illecite del clan, come estorsioni e spaccio.
- Salvatore Cantiello Carusiello e Anna Cerullo: a loro viene contestata la ricettazione aggravata, per aver ricevuto denaro e beni provenienti dal crimine.
- Augusto Bianco e Anna Cammisa: anch'essi sotto accusa per ricettazione mafiosa, legata ai versamenti periodici effettuati dal clan.
- Daniele Corvino e Silvana Panaro: inclusi nell'appello per il loro presunto coinvolgimento nel sistema di sostegno all'organizzazione.
- Luigi Corvino: accusato di tentata estorsione per aver chiesto l'intervento di Apicella nel recupero di un credito.

14 gennaio 2026

PALMI (RC) - Avrebbe simulato un furto di pezzi della propria auto per incassare il risarcimento dell'assicurazione, ma il piano non è sfuggito ai controlli dei Carabinieri della compagnia di Palmi, che nei giorni scorsi hanno denunciato un uomo del posto per tentata truffa assicurativa. L'episodio è emerso durante una normale attività di perlustrazione del territorio. I militari hanno notato un'autovettura parcheggiata su suolo pubblico completamente smontata e "cannibalizzata": mancavano tutte le parti interne, meccaniche ed elettriche, oltre a portiere e fari. Un danno ingente, stimato in oltre 30 mila euro.

Rintracciato il proprietario del veicolo, l'uomo si è presentato presso le forze dell'ordine per formalizzare la denuncia, dichiarando di essere coperto da una polizza assicurativa contro il furto. Un dettaglio che ha immediatamente attirato l'attenzione degli investigatori, anche alla luce della crescente diffusione di furti di componenti auto, un fenomeno che alimenta un fiorente mercato illecito di ricambi come centraline, cruscotti e cambi. Le indagini, avviate nell'immediatezza, si sono concentrate sull'analisi dei sistemi di videosorveglianza presenti nella zona. Dai filmati è emersa la presenza di un furgone, fermo per un lungo periodo nei pressi dell'abitazione del denunciante, in un orario compatibile con il presunto furto. Ma l'elemento decisivo è stato un altro: le immagini hanno documentato che l'autovettura usciva dal garage del proprietario già priva delle portiere e delle principali componenti, circostanza incompatibile con la versione fornita dall'uomo.

Ulteriori accertamenti hanno consentito ai Carabinieri di ricostruire come il soggetto avesse già presentato richiesta di risarcimento alla compagnia assicurativa, dichiarando il furto come evento subito. Alla luce degli elementi raccolti, l'uomo è stato denunciato all'Autorità Giudiziaria per le valutazioni di competenza.



OCCHIO ALLE FRODI!

16 gennaio 2026

VALLE PELIGNA (AQ) - Si allarga a macchia d'olio l'inchiesta sulla maxi-truffa assicurativa che sta scuotendo il Centro Abruzzo e il vicino Molise. Il numero dei risparmiatori raggiunti in Valle Peligna è salito a undici, portando il valore complessivo dei capitali spariti alla cifra record di circa cinque milioni di euro. Il nuovo impulso alle indagini è arrivato nella giornata di ieri, quando altri tre clienti si sono rivolti allo studio legale dell'avvocato Alessandro (Vincenzo) Margiotta. Il legale ha immediatamente sollecitato la Procura della Repubblica di Sulmona a disporre il sequestro preventivo dei beni a carico dei due principali indagati: una madre di 59 anni e suo figlio di 33, entrambi agenti assicurativi operanti sul territorio. L'inchiesta, che ha preso ufficialmente il via lo scorso 2 gennaio con l'apertura di un fascicolo per truffa aggravata in concorso, affonda le sue radici in un filone investigativo partito da Isernia. Secondo l'ipotesi accusatoria, il 33enne, operando per conto di una prestigiosa compagnia quotata in borsa tra il 2016 e il 2023, avrebbe proposto investimenti fittizi: fondi, titoli e polizze vita. Il sistema era tanto semplice quanto efficace: i risparmiatori, convinti di sottoscrivere prodotti sicuri legati al marchio della compagnia, versavano somme ingenti (mediamente decine di migliaia di euro a testa) che finivano però direttamente sui conti correnti privati dei consulenti invece che nelle casse della società assicurativa. Le anomalie non sono sfuggite alla Guardia di Finanza di Isernia, che ha acceso i riflettori sui flussi di denaro sospetti, segnalando il professionista anche alla Procura di Chieti per infedele dichiarazione dei redditi. Gli inquirenti ritengono che madre e figlio abbiano agito in sinergia per trarre in inganno i clienti residenti tra la Valle Peligna e l'Alto Sangro. Nonostante il crescente numero di querele e l'emissione degli avvisi di garanzia, i due indagati respingono ogni accusa. La difesa ha già presentato una denuncia per calunnia nei confronti di uno dei primi accusatori, un 70enne di Pettorano sul Gizio. Secondo i legali della famiglia, le denunce sarebbero prive di fondamento e starebbero arrecando un gravissimo danno d'immagine all'agenzia, generando un clima di discredito professionale. Mentre la Procura valuta le richieste di sequestro, il timore è che il numero delle vittime possa crescere ancora nelle prossime settimane, man mano che i risparmiatori verificano l'effettiva esistenza delle proprie polizze.

19 gennaio 2026

FIRENZE - L'ha irretita con modi galanti. Tra dichiarazioni di amore e improvvisi distacchi l'ha manipolata per anni chiedendole soldi e inducendola ad avere un figlio con la ovodonazione eterologa in una clinica in Georgia. Infine, ha pianificato il delitto della compagna Franka Ludwig, 52 anni, per farlo apparire un incidente e ha affidato l'esecuzione a una complice. Tutto per incassare il premio di circa 3 milioni di euro di cinque assicurazioni sulla vita, intestate alla donna, un'estetista tedesca, tra i cui beneficiari c'erano anche lui e il figlio neonato. È la ricostruzione della procura di Firenze che dopo mesi di indagini, ha disposto il fermo per il restaurant manager fiorentino Emiliano Milza, 53 anni, e un'amica della coppia, Simona Hirsch, 59 anni, diplomata in grafica, addetta alle pulizie e presidente di un'associazione di bonsai. I due sono accusati a vario titolo, di concorso in omicidio volontario, frode assicurativa, maternità surrogata, truffa e maltrattamenti. Ieri il gip Alessandro Moneti ha convalidato la misura cautelare: oltre a gravi indizi, sussistono il pericolo di fuga e di reiterazione del reato. Non a caso. Il restaurant manager stava programmando, secondo gli inquirenti, la partenza per l'isola di Capo Verde e Hirsch era in procinto di prendere un volo per la Spagna. Al centro dell'inchiesta, c'è Milza, diplomato a Losanna e un curriculum da maestro di sala in alberghi a cinque stelle e in ristoranti pluripremiati. In Toscana, nel 2017 conosce l'estetista tedesca. Lei è single, vive con gli anziani genitori a Berlino ed è in viaggio per vedere l'Italia. Lui la corteggia, la conquista. Ma solo per spillarle soldi. Nel tempo millanta, ricostruiscono le indagini, di essere milionario e di volerle donare la proprietà di un immobile in Toscana. Poi simula la scoperta di una malattia che lo avrebbe portato presto alla morte e la necessità di doversi sottoporre a un costoso intervento chirurgico all'estero. In questo modo, l'avrebbe indotta a far versamenti periodici sul suo conto. E quando i familiari di Franka nutrono qualche sospetto sul legame, lui la costringe a tagliare i rapporti con loro. La persuade ad avere un figlio con la ovodonazione eterologa in una clinica georgiana e poi la spinge a firmare un accordo per farsi affidare in via esclusiva il bambino. Sempre lui, avrebbe poi intestato alla compagna cinque assicurazioni sulla sua vita, pattuendo la clausola di triplicazione del premio in caso di morte causata da incidente stradale. Poi scatta il piano diabolico. Durante una vacanza, la mattina del 2 luglio, dopo averle somministrato di nascosto una massiccia dose di sedativo, Milza avrebbe affidato la fase esecutiva alla complice. Hirsch, dopo aver portato in auto l'amica, stordita dai sedativi, l'avrebbe uccisa con un sasso su un sentiero, ripassando sul corpo con la vettura per simulare un incidente stradale. Le indagini però hanno svelato che non era stato un semplice incidente stradale. Ma intanto sotto la lente degli inquirenti è finita anche la morte di una donna peruviana che assisteva la madre di Milza. Era afflitta da piastinosi e doveva sottoporsi a un'operazione. Prima del decesso, avvenuto nel 2024, il manager restaurant l'avrebbe persuasa a stipulare un'assicurazione sulla vita per tutelare i figli lasciati in Perù con la promessa che si sarebbe curato di recapitare il denaro.



OCCHIO ALLE FRODI!

22 gennaio 2026

GROSSETO - Quella messa in piedi per il traffico di cuccioli dall'estero e per le truffe all'assicurazione, era un'associazione a delinquere. Lo ha stabilito mercoledì 21 gennaio il collegio composto dal presidente, Marco Bilisari e dalle giudici Agnieszka Karpinska e Beatrice Bechi che ha chiuso il processo con la sentenza di condanna degli imputati, ai quali il pm Giampaolo Melchionna aveva contestato l'associazione a delinquere. A svolgere le indagini era stata la polizia stradale. Il tribunale ha condannato Fabrizio Carini, ex professore di educazione fisica al liceo, a 4 anni e 10 mesi di reclusione, mentre per Alessandro Lulli la condanna è stata di 4 anni e 6 mesi. Entrambi erano difesi dall'avvocato Riccardo Lottini. Sei mesi con la condizionale per Krisztian Edvard Weber, un anno e 2 mesi invece per Graziano Rossi, difeso dall'avvocata Camilla Toninelli mentre Claudio Verdi, assistito dall'avvocato Alessio Scheggi è stato invece assolto ai sensi del comma 2 con formula dubitativa. Gli avvocati difensori hanno annunciato che valuteranno il ricorso in appello. In una precedente sentenza, relativa a uno degli imputati coinvolti, l'associazione a delinquere era infatti caduta, portando all'assoluzione su quel capo d'imputazione. La vicenda risale al 2019, quando la polizia stradale fermò un'auto durante un controllo. A bordo viaggiavano Carini e Lulli. Nel bagagliaio c'erano alcuni cuccioli di cane arrivati dall'estero, trasportati clandestinamente. Da quel controllo prese il via un'indagine che ha coinvolto anche la polizia municipale e i carabinieri forestali. Gli investigatori ricostruirono i ruoli dei singoli componenti del sodalizio, ritenuto finalizzato sia al traffico di cuccioli sia alle truffe assicurative. Secondo l'accusa, una decina di persone – finite sotto inchiesta in due procedimenti poi riuniti in un unico fascicolo – pubblicizzavano online la vendita di cani di razza. Incassavano acconti o l'intero prezzo, ma i cuccioli non venivano consegnati, se non in rarissimi casi. In parallelo, il gruppo avrebbe confezionato falsi certificati, anche medici, per simulare incidenti stradali mai avvenuti e ottenere risarcimenti dalle assicurazioni.

29 gennaio 2026

CASERTA - Un'alba gelida quella di oggi, 29 gennaio 2026, che ha scopercchiato un presunto sistema di corruzione radicato nel cuore stesso della giustizia locale. Alle prime luci del giorno, un'imponente operazione congiunta della Polizia di Stato e della Guardia di Finanza di Caserta ha dato esecuzione a un'ordinanza di misure cautelari emessa dal Giudice per le Indagini Preliminari del Tribunale di Roma, su richiesta della Procura capitolina. Nel mirino degli investigatori sono finiti sette professionisti, tra Giudici di Pace e avvocati, tutti gravemente indiziati di aver orchestrato e alimentato un vorticoso giro di truffe assicurative basate su sinistri stradali completamente fittizi. Si tratta dei giudici di pace Maria Gaetana Fulgeri, Rodosindo Martone, Bruno Dursio e gli avvocati civilisti Giuseppe Luongo (già ristretto ai domiciliari, ritenuto a capo dell'associazione), Michele Zagaria, Vincenzo Castaldo, Michele Chirico. Indagati a piede libero anche Giuseppe e Michele D'Amico. L'inchiesta, coordinata dalla Procura della Repubblica di Roma, ha svelato una macchina criminale apparentemente ben oliata, una vera e propria filiera del falso sinistro. Al centro del sistema, secondo gli inquirenti, vi era un gruppo di avvocati senza scrupoli che non si limitavano a patrocinare le cause, ma ne curavano la regia occulta dall'inizio alla fine. Il loro compito era quello di costruire a tavolino incidenti mai avvenuti, reclutare finti danneggiati e testimoni, e infine pilotare l'intero iter giudiziario per garantirsi lauti risarcimenti. Per farlo, i legali avrebbero coltivato una rete di contatti e connivenze a tutti i livelli: dai consulenti tecnici d'ufficio (CTU), nominati dagli stessi giudici per le perizie, al fine di ottenere valutazioni di danno gonfiate e favorevoli, fino ai medici e ai liquidatori delle compagnie assicurative, presumibilmente ammorbiditi per chiudere un occhio sulle evidenti anomalie delle pratiche. Il meticoloso lavoro investigativo, condotto fianco a fianco dalla Squadra Mobile e dal Nucleo di Polizia Economico-Finanziaria delle Fiamme Gialle di Caserta, ha permesso di individuare un "filo rosso" che legava decine di incidenti, apparentemente distinti per tempi, luoghi e protagonisti. Le dinamiche, però, erano quasi sovrapponibili, un copione recitata più e più volte: l'investimento di un pedone sulle strisce pedonali, l'urto con un ciclista, a volte persino a bordo di un pittoresco tandem a due posti. Un dettaglio, su tutti, ha insospettito gli investigatori: la sistematica assenza sul luogo del presunto sinistro di pattuglie delle Forze di Polizia, un'anomalia che evitava la redazione di verbali ufficiali e lasciava campo libero alla narrazione fraudolenta. Ma il cuore nero dell'inchiesta riguarda il presunto coinvolgimento di alcuni Giudici di Pace in servizio presso il Tribunale di Santa Maria Capua Vetere. Secondo l'accusa, questi magistrati onorari, a fronte del pagamento di somme di denaro, avrebbero emesso sentenze complacenti, accogliendo senza batter ciglio le richieste di risarcimento per danni fisici e morali avanzate dagli avvocati complici. Un tradimento della toga che avrebbe permesso al sistema di prosperare, garantendo la liquidazione di ingenti somme da parte delle compagnie assicurative. Le vittime dei falsi sinistri perlopiù raccattate nelle periferie di Casal di principe venivano pagate 150 euro all'atto della finta denuncia fino a 500 euro per l'esito finale della pratica. A seguito delle pesanti risultanze investigative, il GIP di Roma ha emesso un'ordinanza severa. Per tre Giudici di Pace è scattata la misura interdittiva della sospensione dall'esercizio del pubblico ufficio per la durata di un anno. Stessa sorte per tre avvocati, ai quali è stato temporaneamente vietato di esercitare la professione per un anno. La misura più grave, quella degli arresti domiciliari, è stata disposta per un ulteriore legale, ritenuto figura centrale del sodalizio. Parallelamente, gli investigatori hanno eseguito un decreto di sequestro preventivo finalizzato alla confisca per un valore complessivo di oltre 300.000 euro, somma ritenuta il profitto del reato. È d'obbligo precisare, come sottolineato dagli stessi inquirenti, che il procedimento si trova nella fase delle indagini preliminari. Gli indagati sono da considerarsi innocenti fino a un'eventuale sentenza di condanna definitiva. I provvedimenti odierni sono stati adottati senza il preventivo contraddittorio con le difese, che si svolgerà nelle sedi competenti davanti a un Giudice terzo, il quale potrà valutare la sussistenza delle accuse o, al contrario, l'assenza di ogni forma di responsabilità.



OCCHIO ALLE FRODI!

29 gennaio 2026

CATANIA - Per il Tribunale di Catania non c'era alcun sistema organizzato dietro una serie di truffe assicurative. E quindi nessuna banda delle assicurazioni. Ma la frode è stata commessa, secondo i giudici etnei. E infatti il collegio presieduto da Riccardo Pivetti ha condannato 29 imputati per i reati, fino a una condanna complessiva di 34 anni e 1 mese di reclusione. Tre gli assolti dall'associazione a delinquere. Il processo è frutto dell'inchiesta "Fake Crash", condotta dai carabinieri nel 2020. Nell'organizzazione delle truffe sono stati coinvolti anche avvocati e un medico legale. L'avvocato Eleonora Baratta è soddisfatta per l'assoluzione dal reato associativo di una sua assistita. Dall'inchiesta sono emersi 18 incidenti fantasma, tra Catania e Misterbianco. Alle compagnie assicurative è stata presentata documentazione sanitaria non veritiera con tanto anche di reclutamento di falsi testimoni. Le assicurazioni poi sono costituite parti offese nel procedimento: gli imputati dovranno essere infatti risarciti.

2 febbraio 2026

RIETI - Davanti al collegio giudicante del tribunale di Rieti (presidente Costantino De Robbio, giudici a latere Claudio Prota e Alessio Marinelli) è approdato il processo per la maxitruffa alle compagnie di assicurazioni.

In aula è stato ascoltato il perito che ha confermato le trascrizioni delle intercettazioni telefoniche che hanno conferito all'inchiesta della polizia stradale numerosi elementi e riscontri probatori a carico degli indagati, nella fase delle indagini preliminari. Il processo si aggiornerà al prossimo mese di maggio preparandosi, di fatto, ad entrare nel vivo.

Verranno infatti ascoltati i testi del pubblico ministero e quelli delle parti civili. Secondo quanto accertato dalla procura di Rieti si trattò di una maxitruffa da circa 2 milioni di euro ai danni di compagnie assicuratrici con 34 persone imputate, tra le quali molti reatini. Nella precedente udienza era stata accolta, nei confronti di molti imputati, l'incompetenza territoriale del foro reatino dove quindi saranno ora processati soltanto i restanti imputati legati "territorialmente" a Rieti e quindi a giudizio nel locale palazzo di giustizia.

Si tratta principalmente di chi, in città, svolgeva attività lavorative (carrozzeri, tecnici) legate e "finalizzate" – secondo gli addebiti contestati - alla riscossione del risarcimento danni liquidato dalle compagnie assicurative, rispetto a sinistri stradali in realtà mai accaduti.

A smantellare il raggio, e la lunga filiera di truffati e truffatori, era stata la polizia Stradale di Rieti che, nel 2019, con una lunga inchiesta a ritroso era riuscita a risalire ai presunti responsabili. Dai riscontri investigativi molti soggetti avrebbero anche agito con "intraprendenza e dinamicità" tanto da arrivare a richiedere l'ausilio di pattuglie delle forze dell'ordine e del carroattrezzi per falsi sinistri tra due veicoli che erano già incidentati.

Decisivo, nell'ambito delle attività investigative, si era rivelato l'ausilio delle intercettazioni telefoniche che sono state riportate in aula. L'indagine avrebbe anche rivelato che conducenti che incorrevano in incidenti autonomi, si rivolgevano agli imputati al fine di ottenere riparazioni gratuite dei propri veicoli in cambio della loro partecipazione ai finti sinistri stradali con tanto di reclutamento di falsi testimoni.

Gli imputati avrebbero richiesto e ottenuto, oltre al risarcimento dei danni fisici e materiali derivanti da incidenti stradali in realtà mai accaduti, anche l'indennizzo per spese mediche per lesioni fisiche mai subite. Un sistema collaudato sul quale si farà ora luce nel corso della fase dibattimentale del processo, anche per la gravità dei reati contestati in quanto - a carico di nove soggetti - sussiste, tra i vari capi di imputazione, anche quello di associazione a delinquere.



OCCHIO ALLE FRODI!

2 febbraio 2026

MILANO - La Procura della Repubblica di Milano ha disposto la citazione diretta a giudizio per sedici persone con l'accusa, a vario titolo, di concorso in frode assicurativa. Al centro dell'indagine ci sono nove sinistri stradali denunciati tra il 2020 e il 2021 che, secondo l'impostazione accusatoria, non si sarebbero mai verificati. Il decreto di citazione coinvolge una platea di soggetti provenienti prevalentemente dalle province di Salerno, Napoli e Avellino. Oltre ai conducenti e ai proprietari dei mezzi, figurano nel registro degli indagati anche soggetti che avrebbero fornito false testimonianze per confermare la dinamica dei fatti. Il procedimento è coordinato dal sostituto procuratore Nicola Rossato. Gli episodi contestati risultano distribuiti tra diverse località della Campania, mentre il fascicolo è incardinato a Milano per la competenza legata alle compagnie assicurative coinvolte. Le denunce di sinistro riguardano tipologie diverse di incidente. In alcuni casi si parla di collisioni o tamponamenti, segnalati a Marigliano il 15 gennaio 2020, a San Mango Piemonte il 29 febbraio 2020 e a Palma Campania il 6 luglio 2020. Altri episodi riguardano presunti investimenti di pedoni o ciclisti: a Roccaaspide il 27 febbraio 2020, a Capaccio Paestum il 5 settembre 2020 e a Nola il 4 maggio 2021. Tra i fatti contestati ce n'è uno avvenuto, secondo la denuncia, a Giungano il 18 gennaio 2021, in cui una donna avrebbe riportato lesioni tali da causare l'interruzione della gravidanza all'undicesima settimana. Per l'accusa, tutti questi sinistri sarebbero stati simulati al fine di ottenere risarcimenti assicurativi. Negli atti compare in tutti gli episodi la figura di Francesco Di Buono, residente a Salento, in provincia di Salerno. Viene indicato come conducente o proprietario dei veicoli coinvolti nei sinistri denunciati. Gli imputati sono sedici. Per quattro di loro la Procura contesta anche la recidiva: Timoteo Vincenzo Vermiglio (recidiva specifica), Guido Durazzo (recidiva semplice), Antonio D'Avanzo e Simone Iacovazzo (recidiva infraquinquennale). Questo l'elenco completo con i difensori indicati negli atti: Francesco Di Buono (avv. Alfonso Varlese, foro di Vallo della Lucania); Timoteo Vincenzo Vermiglio (avv. V. D'Avino e S. Lanzieri, Torre Annunziata); Giovanni Ammirati (avv. Roberto Saporito, Torre Annunziata); Maico Marotta (avv. Leopoldo Catena, Salerno); Ada Nigro, Pasquale Aversa ed Ermelinda Quaglia (avv. Graziano Longo, Salerno); Guido Durazzo (avv. G. Marzano, difesa d'ufficio, Milano); Antonio D'Avanzo (avv. P. P. Cannatelli, Vibo Valentia); Gennaro L. Fusco (avv. Silvio Sepe, Avellino); Simone Iacovazzo (avv. Pierluigi Spadafora, Salerno); Domenico A. Fierro ed Eros Chirico (avv. Alessandro D'Agostino, Vallo della Lucania); Domenico Radano (avv. Michele A. Barbato, Vallo della Lucania); Paolo Monzo (avv. Gennaro Feo, Vallo della Lucania); Filomena Strano (avv. Armando Florio, Nola).

17 febbraio 2026

ROMA - Auto di lusso, una barca, una truffa da oltre 500.000 euro ai danni dell'amministrazione giudiziaria della società "Euromotors s.r.l.", così è arrivata la condanna definitiva per un noto imprenditore di Nettuno. Dalle frodi assicurative con le auto di lusso al "buco" da mezzo milione, la Cassazione mette il sigillo e conferma la condanna a 3 anni di sorveglianza speciale e la confisca dei beni al "soggetto pericoloso" che ha accumulato ricchezze illecite principalmente tramite truffe alle assicurazioni e appropriazioni indebite di grandi somme. A Nettuno, Anzio, sul litorale romano, per anni, la carriera del 56enne è stato associato a un'ascesa imprenditoriale apparentemente inarrestabile nel settore automobilistico. Ma dietro le serrande di due società si nascondeva un collaudato meccanismo di accumulazione di ricchezza illecita intestata a una fitta rete di familiari. Il cuore dell'inchiesta ruota attorno alla frode sistematica. Tra il 2019 e il 2022, attraverso la sua carrozzeria, il 56enne avrebbe orchestrato una serie di finti sinistri stradali. L'episodio simbolo è il sequestro di una Porsche, un'auto di lusso che sarebbe dovuta servire a incassare rimborsi assicurativi gonfiati o del tutto inesistenti. Nonostante i tentativi della difesa di sminuire gli indizi, parlando di "errori di calcolo" dei periti, i giudici sono stati chiari: quelle carambole d'auto non erano incidenti, ma bancomat per foraggiare un tenore di vita altissimo, non giustificato dai redditi dichiarati. L'inchiesta non si è fermata alle truffe assicurative. Un capitolo inquietante riguarda la gestione della srl. Quando la società era già sotto amministrazione giudiziaria, Falaschi sarebbe riuscito a sottrarre oltre 500.000 euro. Un'appropriazione che la Corte definisce sintomatica di una "delinquenza professionale". Il calcolo della Guardia di Finanza ha svelato una sperequazione enorme: da un lato redditi modesti o assenti, dall'altro un impero di auto, società e persino imbarcazioni. Il "Sistema" non avrebbe potuto reggere senza il coinvolgimento dei familiari più stretti. Moglie, figlie, genitori e sorella: tutti figuravano come titolari di beni che, per l'accusa, erano nella piena disponibilità dell'uomo. La Cassazione ha confermato la confisca per quasi tutti loro, ritenendo che non avessero mezzi propri per acquistare tali beni. Unica parziale eccezione: il padre, per il quale la Corte ha disposto un nuovo esame sulla confisca della barca "Palmira", per verificare se vi fosse effettivamente la prova della provenienza lecita del denaro usato per l'acquisto.



OCCHIO ALLE FRODI!

25 febbraio 2026

NAPOLI - Grazie alle minacce, ma anche attraverso prestanomi e collusioni con i dirigenti della struttura, il clan Contini teneva sotto controllo numerose attività dell'ospedale San Giovanni Bosco di Napoli: è quanto emerso da un'indagine del nucleo di polizia economico finanziaria della Guardia di finanza e del Nucleo investigativo del Comando provinciale dei carabinieri di Napoli (coordinata dal pm della Dda partenopea Alessandra Converso), che ha portato all'arresto di tre presunti affiliati ai Contini e di un avvocato.

L'indagine ha permesso di smascherare ricoveri e certificazioni illegittime, ma anche truffe assicurative, con medici e professionisti compiacenti. E al centro del 'sistema', il clan Contini, uno dei protagonisti del cartello dell'Alleanza di Secondigliano. I militari del Nucleo di polizia economico-finanziaria della Guardia di finanza e del Nucleo investigativo del Comando provinciale dei Carabinieri di Napoli hanno dato esecuzione all'ordinanza di custodia cautelare in carcere emessa dal gip di Napoli nei confronti dei quattro indagati per associazione a delinquere di stampo mafioso aggravata dal carattere armato, corruzione, falsa testimonianza, false dichiarazioni all'autorità giudiziaria, falsità ideologica in atti pubblici, trasferimento fraudolento di valori, accesso abusivo a sistemi informatici, tentata estorsione, estorsione, usura, riciclaggio e autoriciclaggio. Il provvedimento è stato eseguito nei confronti di tre indagati, mentre per un quarto è ancora in corso.

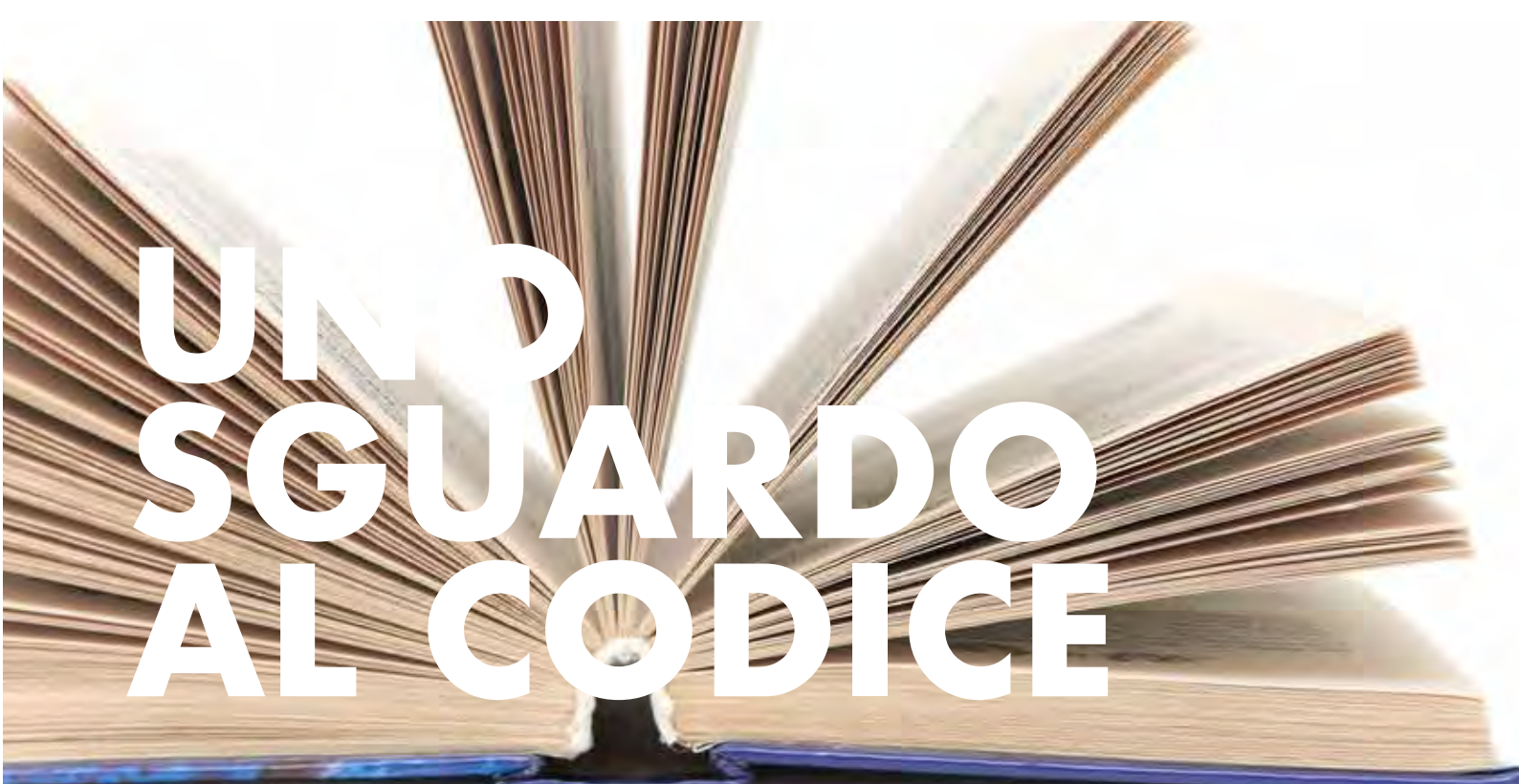
L'avvocato e i tre arrestati, secondo le indagini, avvalendosi di medici compiacenti, falsi testimoni e di perizie mendaci, gestivano il business delle truffe ai danni delle compagnie assicurative, simulando incidenti stradali.

Le frodi sarebbero state attuate tramite il reclutamento di falsi testimoni appositamente retribuiti e la redazione di perizie mendaci.

Il professionista, inoltre, è accusato anche di avere tenuto i contatti tra i detenuti e le loro famiglie: a queste venivano versati gli stipendi della camorra, le cosiddette "mesate". L'indagine, che riguarda fatti inerenti l'anno 2020, documenta la gestione dei servizi di bar, buvette dei distributori automatici presenti in ospedale senza pagare i canoni di locazione all'Asl e sfruttando l'utenza Enel. Attraverso un'associazione che fornisce il servizio di ambulanza e con la complicità di personale sanitario e parasanitario, di addetti alla vigilanza privata e di dipendenti di altre ditte che operano nel San Giovanni Bosco, usando anche minacce e violenze, sarebbero stati garantiti favori a esponenti del clan e di altri gruppi malavitosi satellite per ricoveri violando le procedure di accesso, rilascio di certificati medici falsi anche per ottenere scarcerazioni e il trasporto illegale di salme in ambulanza anziché tramite servizi funebri autorizzati. La Procura di Napoli e il gip contestano il concorso esterno in associazione mafiosa all'avvocato Salvatore D'Antonio, 51 anni, arrestato oggi.

Non solo. L'avvocato avrebbe fornito consulenze finalizzate al mantenimento e all'incremento delle ricchezze accumulate dal clan, contribuendo alla realizzazione delle truffe assicurative e reinvestendone i proventi nell'acquisto di beni di valore, tra cui immobili, autovetture e quadri d'autore. Avrebbe inoltre svolto il ruolo di intermediario con pubblici ufficiali infedeli per l'acquisizione di informazioni riservate.

Figurano anche sei pubblici ufficiali tra le 76 persone indagate nell'ambito dell'inchiesta della Guardia di Finanza e dei Carabinieri sfociata nei quattro arresti emessi da gip di Napoli su richiesta della Dda partenopea. Si tratta di un ispettore in congedo della Polizia di Stato; di un funzionario in servizio dell'Inps di Napoli; di un ex impiegato dell'Ufficio Patrimonio dell'Ospedale San Giovanni Bosco, attualmente in pensione; di un dottore e una dottoressa attualmente in servizio nel nosocomio e di un altro medico che lo era all'epoca dei fatti. Con alcuni di loro, secondo quanto emerso, l'avvocato arrestato si interfacciava anche per l'acquisizione di informazioni riservate, "in un rapporto di stretta e stabile compenetrazione con l'organizzazione criminale".



UNO SGUARDO AL CODICE

OBBLIGO DI SALVATAGGIO NELLA FASE GIUDIZIALE PER L'ACCERTAMENTO DEL DANNO

Con la sentenza in commento, la Corte di Cassazione ridefinisce, ampliandola, la portata dell'obbligo di salvataggio dell'assicurato nei confronti dell'assicuratore, nell'ambito della garanzia per la responsabilità civile.

In particolare, la Suprema Corte, chiamata a dirimere una questione interpretativa di particolare rilievo nella prassi assicurativa, ossia l'ampiezza e la portata dell'obbligo di salvataggio imposto all'assicurato ai sensi dell'art. 1914 c.c., statuisce che tale obbligo non riguarda solo il dovere di evitare il danno nella sua dimensione "materiale", ma si estende anche all'obbligo di ridurre il danno nella fase successiva del giudizio, volta ad accertarne la sussistenza e l'entità.

LA CONSULTA AMPLIA LE GARANZIE DELL'IMPUTATO IN MATERIA DI RESPONSABILITA' SANITARIA

L'intervento della Corte Costituzionale colma un vuoto normativo che creava una disparità irragionevole tra processo penale e processo civile e ribadisce la "funzione plurima" della garanzia assicurativa a tutela sia del danneggiato che del professionista sanitario. La sentenza n. 170/2025 segna così un nuovo e rilevante passaggio nell'evoluzione giurisprudenziale che ruota attorno all'art. 83 c.p.p. e alla possibilità per l'imputato di chiamare in causa l'assicuratore nel processo penale.

Dopo le storiche pronunce n. 112/1998 (RCA) e n. 159/2022 (caccia), la Corte costituzionale affronta ora il tema nell'ambito della responsabilità sanitaria, dichiarando l'illegittimità della norma nella parte in cui non consente al medico imputato di citare l'assicuratore della struttura sanitaria (o il proprio assicuratore, se libero professionista) quando la copertura sia obbligatoria per legge.

GESEA NEWS

L'assicurazione cyber potrebbe divenire requisito contrattuale

L'aumento delle minacce digitali e la pressione delle grandi aziende potrebbero far sì che l'assicurazione cyber diventi un requisito obbligatorio per operare sul mercato, secondo le previsioni di Tom Pelham, *Global Head of Cyber and Data*, e Arran Roberts, partner di *Kennedys*, che hanno pubblicato un report con cinque previsioni sull'evoluzione del rischio cyber e il suo impatto sulle aziende e sugli organi di governo. Secondo gli autori infatti l'assicurazione informatica passerà dall'essere una copertura facoltativa a un requisito contrattuale simile all'assicurazione di responsabilità civile. Questo obbligo si estenderà anche alle piccole aziende all'interno della supply chain, che avranno bisogno di una polizza per partecipare alle gare d'appalto. Il rapporto prevede di conseguenza un aumento significativo della domanda e un cambiamento di percezione che posizionerà questa assicurazione come elemento essenziale per la continuità aziendale. Kennedys avverte inoltre che i criminali informatici intensificheranno gli attacchi attraverso fornitori con livelli di protezione inferiori, creando un effetto domino sulle grandi aziende. La pressione normativa per rafforzare la supervisione di terze parti renderà la gestione del rischio dei fornitori una priorità strategica. Un'altra tendenza evidenziata è lo spostamento delle responsabilità a livello dirigenziale. Gli incidenti informatici non saranno più considerati esclusivamente problemi tecnologici e le autorità di regolamentazione si rivolgeranno ai membri dei consigli di amministrazione e ai dirigenti. Saranno richieste prove di investimenti in sicurezza, una cultura aziendale orientata al rischio e audit dei partner. Il rapporto evidenzia potenziali sanzioni e contenziosi contro i dirigenti per negligenza nella protezione dei dati, portando all'inserimento della sicurezza informatica come dovere fiduciario e come punto permanente all'ordine del giorno del consiglio di amministrazione.

Per ricevere tutte le fonti stampa relative alla materia assicurativa in tempo reale, basta entrare nella nostra mailing list!
Inviando una e-mail all'indirizzo

info@geseagroup.com con oggetto "Iscrivimi alla mailing list Antifrode", si potranno ricevere comodamente tutte le news sulla propria casella di posta elettronica!

Per un riepilogo delle news del bimestre poi ... c'è sempre il Gesea Paper!

Gesea recupera le fonti informative da rassegna stampa nazionale ed internazionale e non si ritiene responsabile qualora fatti, nomi, dati ed eventi possano poi non corrispondere alla realtà.





LE INFO DAL MERCATO

Mps-Mediobanca tra luci e ombre, ecco cosa dicono i primi risultati del nuovo gruppo su ricavi, costi e strategia

Il primo bilancio del nuovo gruppo nato dall'operazione tra Banca Monte dei Paschi di Siena e Mediobanca rappresenta un test iniziale di un progetto ancora incompleto, perché l'integrazione non è stata finalizzata e le sinergie devono ancora emergere.

I conti di Mps (stand-alone) sono stati alquanto positivi con una qualità del reddito che resta solida, e le commissioni in crescita grazie alla gestione patrimoniale, alla distribuzione di prodotti finanziari e assicurativi e all'attività bancaria tradizionale. L'utile, molto elevato (oltre 2,7 miliardi), è però influenzato dalla rivalutazione delle DTA (crediti fiscali), che ha trasformato le imposte in un contributo positivo.

Nel complesso, il gruppo si trova ancora in una fase di transizione: Mps mostra una buona dinamica operativa, mentre Mediobanca evidenzia qualche debolezza, soprattutto nel wealth management e nell'investment banking.

Oggi le due realtà convivono ancora con strutture in parte parallele: funzioni centrali, sistemi informatici, presidi di controllo, governance. L'unificazione potrebbe garantire una diminuzione dei costi e un miglioramento del cost/income e, inoltre, consentirebbe di aumentare i ricavi, combinando la rete distributiva ampia di Mps con le competenze di Mediobanca nell'advisory, nel corporate e nella gestione patrimoniale, ampliando l'offerta su una base clienti più estesa. Infine, per quanto riguarda il capitale, con il pieno controllo e l'applicazione del cosiddetto Danish Compromise, il gruppo potrebbe ottenere benefici regolamentari importanti.

Fonte: *Milano Finanza*

Berkshire Hathaway dopo Buffett: Greg Abel, la maxi liquidità e le scelte che attendono il colosso

Con l'inizio del 2026 si è aperta ufficialmente una nuova fase nella storia di Berkshire Hathaway. Warren Buffett, l'investitore più celebre del mondo, ha lasciato il ruolo di amministratore delegato passando il testimone a Greg Abel, suo storico collaboratore e delfino designato. Un passaggio epocale che chiude sessant'anni di gestione straordinaria e apre interrogativi cruciali sul futuro del conglomerato. Buffett lascia in eredità numeri difficili da eguagliare: un rendimento complessivo superiore al 6.100.000% in sei decenni, costruito seguendo una filosofia semplice e rigorosa: acquistare "aziende eccellenti a prezzi ragionevoli" e mantenerle nel lungo periodo. Un approccio che ha trasformato Berkshire in una delle società più potenti e rispettate di Wall Street. Il tema centrale per investitori e analisti oggi è uno: cosa farà Berkshire con la sua liquidità record, che ha ormai superato i 380 miliardi di dollari. Una cifra enorme, soprattutto in un contesto di mercato caratterizzato dal boom dell'intelligenza artificiale e da valutazioni azionarie sempre più elevate. Secondo diversi osservatori, la dimensione stessa di Berkshire rappresenta una sfida. Per incidere realmente sui risultati, servono operazioni di scala gigantesca. Come ha spiegato Bill Stone, chief investment officer di Glenview Trust, "Berkshire è diventata così grande che servono opportunità sempre più rilevanti per spostare l'ago della bilancia". Se quella liquidità non verrà impiegata in acquisizioni o investimenti significativi, la pressione degli azionisti potrebbe aumentare. In particolare, cresce il dibattito sull'ipotesi di avviare finalmente il pagamento di un dividendo, opzione che Buffett ha sempre evitato. Storicamente, Buffett e il suo storico partner Charlie Munger – scomparso nel 2023 – hanno sempre adottato un modello estremamente decentralizzato, lasciando grande autonomia alle controllate del gruppo. Un impero che spazia dalle ferrovie all'energia, dalle assicurazioni al retail, con marchi iconici come GEICO, BNSF Railway e See's Candies.

Fonte: *Wall Street Italia*

BFF: doppio faro Consob-Bankitalia, sotto la lente crollo titolo e conti

C'è un doppio faro acceso da Consob e Bankitalia su Bff. E la procura di Milano, che da tempo ha aperto un fascicolo per un presunto falso in bilancio, ora attende gli esiti del lavoro degli ispettori di Palazzo Koch, che sono tornati a stretto giro per un nuovo controllo sulla banca. Tecnicamente, si tratta di un 'follow-up' dell'ispezione conclusa dalla Vigilanza lo scorso anno, ma di fatto la Banca d'Italia è tornata a lavorare su Bff (dopo aver dato a novembre scorso il suo via libera al ritorno dei dividendi). Il terremoto in casa Bff è iniziato ormai da due settimane.

L'Istituto dopo svalutazioni, taglio dei target e addio dell'amministratore delegato, ha perso a Piazza Affari il 56% in poco più di due settimane (oggi -8%).

Un crollo del titolo sul quale ora si sta muovendo anche la Consob per capirne più a fondo i motivi (anche alla luce delle criticità che, a quanto si apprende, sarebbero state segnalate dallo stesso Collegio sindacale di Bff). E da lì ripartirà anche il lavoro della Procura milanese.

Fonte: *Il Sole 24 ORE*



L'ANGOLO DI MARCO CONTINI

Insurance Business Advisor

Broker e Compagnie Assicurative: la nuova geografia tra fusioni e acquisizioni

Il settore assicurativo europeo, e in particolare quello italiano, sta attraversando una fase di profonda trasformazione. Le dinamiche di mercato, l'evoluzione tecnologica, le pressioni regolatorie e le mutate esigenze dei clienti stanno spingendo broker e compagnie assicurative verso un processo di consolidamento senza precedenti. Le fusioni e acquisizioni (M&A) sono diventate lo strumento privilegiato per affrontare le sfide del presente e prepararsi alle opportunità del futuro.

Nel biennio 2023-2024, il comparto assicurativo ha registrato un'impennata nelle operazioni di M&A. Secondo i dati di FTI Consulting, nel solo 2024 sono state annunciate 694 operazioni nel settore assicurativo europeo, con un incremento del 20% rispetto all'anno precedente. Di queste, circa il 90% ha riguardato il segmento del brokeraggio, confermando il ruolo centrale dei broker nel processo di ristrutturazione del mercato.

In Italia, il fenomeno è particolarmente evidente. Il numero di broker attivi si attesta tra 2.300 e 2.800, con una forte concentrazione nel Centro-Nord. Tuttavia, il mercato sta vivendo una progressiva razionalizzazione, con un numero crescente di operatori che scelgono di fondersi o di essere acquisiti da realtà più strutturate, spesso sostenute da fondi di private equity. Le motivazioni alla base di questa ondata di fusioni e acquisizioni sono molteplici e interconnesse:

1. Economie di scala e sinergie operative

Le operazioni di M&A consentono di ottenere significative economie di scala, riducendo i costi operativi e aumentando la capacità di investimento in tecnologia, formazione e sviluppo commerciale. L'integrazione di più realtà permette inoltre di ottimizzare i processi, migliorare l'efficienza e offrire un servizio più competitivo.

2. Digitalizzazione e innovazione

La trasformazione digitale è una delle principali sfide del settore. I clienti si aspettano oggi un'esperienza fluida, personalizzata e multicanale. Per rispondere a queste esigenze, è necessario investire in piattaforme digitali, intelligenza artificiale, data analytics e cybersecurity. Le operazioni di M&A rappresentano un acceleratore per acquisire competenze tecnologiche e rinnovare l'offerta.

3. Pressioni regolatorie

Il quadro normativo europeo e nazionale è sempre più complesso e stringente. La compliance richiede risorse dedicate, competenze specialistiche e investimenti continui. Le realtà più piccole faticano a sostenere questi costi, mentre i gruppi più grandi possono affrontarli con maggiore agilità. Il consolidamento diventa quindi una risposta strategica alla pressione regolatoria.

4. Interesse dei fondi di private equity

Il settore assicurativo è sempre più attrattivo per gli investitori finanziari, grazie alla sua stabilità, alla generazione di cassa ricorrente e alle opportunità di crescita. I fondi di private equity sono protagonisti di numerose operazioni, sia nel brokeraggio sia nelle compagnie, con l'obiettivo di creare gruppi integrati, efficienti e scalabili.

Anche le compagnie assicurative e riassicurative sono coinvolte in questo processo di trasformazione. L'ingresso in una fase di mercato più "soft", caratterizzata da una maggiore concorrenza e da una pressione al ribasso sui premi, le spinge a rivedere i propri modelli di business. Le principali direttrici strategiche includono:

- Rafforzamento della distribuzione: molte compagnie stanno acquisendo reti di broker o stringendo partnership strategiche per presidiare meglio il territorio e migliorare la relazione con il cliente finale.
- Diversificazione del portafoglio: l'interesse si concentra su segmenti emergenti come l'insurtech, la protezione cyber, la sostenibilità e le polizze parametriche.
- Snellimento organizzativo: la razionalizzazione delle strutture e la digitalizzazione dei processi interni sono fondamentali per migliorare la redditività e la reattività al mercato.

Sebbene il consolidamento offra numerosi vantaggi, non mancano i rischi e le criticità da gestire:

- Perdita di prossimità al cliente: l'ingresso in gruppi più grandi può allontanare il broker dal territorio e dai bisogni specifici della clientela locale.
- Integrazione culturale: fondere realtà diverse richiede attenzione alla gestione del capitale umano, alla cultura aziendale e alla governance.
- Concentrazione del mercato: un'eccessiva concentrazione potrebbe ridurre la concorrenza e limitare la varietà dell'offerta, con potenziali impatti negativi per i consumatori.

In questo scenario in evoluzione, i broker sono chiamati a ripensare il proprio ruolo. La semplice intermediazione non è più sufficiente: il valore aggiunto si gioca sulla capacità di offrire consulenza, analisi dei rischi, soluzioni personalizzate e supporto nella gestione dei sinistri. La tendenza è verso una maggiore "specializzazione settoriale", con broker focalizzati su nicchie di mercato (es. sanità, agricoltura, energia) e capaci di costruire prodotti su misura. Allo stesso tempo, cresce l'importanza della "formazione continua", della "certificazione delle competenze" e dell'adozione di strumenti digitali per migliorare l'efficienza e la trasparenza. Il mondo dei broker e delle Compagnie assicurative sta vivendo una fase di profondo cambiamento, guidata da dinamiche economiche, tecnologiche e regolatorie. Le fusioni e acquisizioni rappresentano una risposta strategica a queste sfide, ma richiedono una visione di lungo periodo, una governance solida e una forte attenzione al cliente. Il futuro del settore sarà sempre più caratterizzato da gruppi integrati, digitali e orientati al valore, ma anche da una nuova generazione di professionisti capaci di coniugare competenze tecniche, relazionali e tecnologiche. In questo contesto, il broker non è destinato a scomparire, ma a evolversi in un consulente strategico, partner insostituibile per i clienti sempre più esigenti e consapevoli.

GESEA NEWS



DISCLAIMER

Nel presente documento sono riportate affermazioni riguardanti questioni finanziarie, regolamentari o legali le quali devono essere percepite come osservazioni generali; tuttavia nessuna dichiarazione o garanzia, espressa o implicita è fornita dalla Gesea relativamente all'accuratezza, completezza e correttezza delle stesse. In particolare il documento non è, né intende costruire, né potrà essere interpretato come un documento di offerta di vendita o sottoscrizione di alcun tipo di servizio. Né la Gesea, né alcuno dei suoi Amministratori e dipendenti assume alcun tipo di responsabilità derivante da danni indiretti eventualmente determinati dall'utilizzo del presente documento per quanto concerne le informazioni di carattere economico-legale. Il presente documento, pubblicato con cadenza bimestrale, è di proprietà di Gesea ed il suo contenuto non può essere copiato né riprodotto in nessuna forma senza l'autorizzazione della Gesea. I destinatari possono distribuire il documento esclusivamente per scopi interni.

GESEA PAPER

PERIODICO SUL SETTORE ASSICURATIVO

ANNO 12 BIMESTRE 3 GENNAIO - FEBBRAIO 2026

CREATED BY UFFICIO STAMPA GESEA
GRAFICA E CONTENUTI A CURA DI:
UFFICIO MARKETING & COMUNICAZIONE
COPYRIGHT© GESEA



Tel. 800 984 203
Fax +39 0823 1602240

www.geseagroup.com
info@geseagroup.com
gesea@pec.geseagroup.com

