

GESEA PAPER

PERIODICO SUL SETTORE ASSICURATIVO

ANNO XII - N. 5

ELABORATO DA

gesea[®]
Audit & Fraud Management





DAL CANE AGLI INCIDENTI FALSI: LA TRUFFA E' SERVITA!

Finti infortuni provocati dal cane, cadute domestiche e incidenti stradali simulati: era questo, secondo la Procura di Torino, il sistema utilizzato da una presunta banda per ottenere risarcimenti indebiti dalle assicurazioni. Cinque gli indagati, tra cui un'avvocata ritenuta dagli investigatori al vertice dell'organizzazione.

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

Nella sezione "Gesea News" viene riportato un interessante focus sul report "*Cyber claims in focus – getting value from cyber insurance*", prodotto da Willis dal quale emerge che le polizze cyber continuano a offrire una protezione finanziaria molto significativa rispetto agli incidenti informatici..

Spazio inoltre alla rubrica "**Le Info dal Mercato**" ove sono riportate alcune tra le principali notizie provenienti dal mondo economico e finanziario, in ambito nazionale ed internazionale.

Si chiude con il nuovo articolo della Rubrica "*L'angolo di Marco Contini*" a cura del Dott. Marco Contini, Insurance Business Advisor, Insurance Manager, Consulente strategico per Compagnie Assicuratrici, Esperto assicurativo in riorganizzazione e ristrutturazione aziendale, editorialista, saggista e opinionista, dal titolo "**Il Brokeraggio assicurativo al bivio: se il capitale algoritmico dimentica il fattore umano**".

Buona lettura!

A background image showing a business meeting. Two people in suits are seated at a table. One person's hands are visible, holding a document with a bar chart and a pie chart. The other person's hands are visible, resting on a laptop keyboard. The overall scene is professional and collaborative.

ALL'INTERNO

IVASS NEWS

Le principali notizie, i recenti comunicati stampa apparsi 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 Assicurative

da pagina 5

“FOCUS SUL CODICE” (RUBRICA)

Aggiornamenti normativi, variazioni codicistiche ed adeguamenti legali in ambito assicurativo

pagina 10

“GESEA NEWS”

Ultime novità, iniziative, notizie reperite da Gesea

pagina 11

“LE INFO DAL MERCATO”

Novità, tendenze e movimenti dal mercato economico-finanziario

pagina 12

“L'ANGOLO DI MARCO CONTINI” (RUBRICA)

Articoli sulla materia assicurativa

pagina 13



IVASS NEWS

- | | | |
|-------------------|--|------------------------------|
| 11.05.2026 | Reclami ricevuti dalle imprese di assicurazione nel 2025 | <i>LEGGI</i> |
| 13.05.2026 | L'IVASS ordina l'oscuramento di 5 siti internet abusivi | <i>LEGGI</i> |
| 20.05.2026 | 18 giugno 2026 ore 10:30 - Relazione annuale e Considerazioni del Presidente IVASS | <i>LEGGI</i> |
| 25.05.2026 | L'IVASS ordina l'oscuramento di 2 siti internet abusivi | <i>LEGGI</i> |
| 29.05.2026 | INDUSTRIA FORSAKRINGSAKTIEBOLAG: polizze fideiussorie contraffatte | <i>LEGGI</i> |
| 08.06.2026 | ELITE INSURANCE COMPANY LIMITED: piano di riorganizzazione - presentazione richieste creditorie | <i>LEGGI</i> |
| 10.06.2026 | L'IVASS ordina l'oscuramento di 2 siti internet abusivi | <i>LEGGI</i> |
| 18.04.2026 | Antitrust: RC Auto, avviata indagine conoscitiva e consultazione pubblica sulle criticità concorrenziali | <i>LEGGI</i> |
| 18.06.2026 | Riunione del Comitato per le politiche macroprudenziali | <i>LEGGI</i> |
| 23.06.2026 | L'IVASS ordina l'oscuramento di 4 siti internet abusivi | <i>LEGGI</i> |



OCCHIO ALLE FRODI!

4 maggio 2026

TARANTO - Ci sono anche tre avvocati tra i 23 indagati nell'ultima inchiesta sugli incidenti fasulli e le truffe alle compagnie assicurative a Taranto. È quanto emerge dall'avviso di conclusione delle indagini firmato dal pubblico ministero Rosalba Lopalco che ha coordinato l'inchiesta degli agenti della Polizia giudiziaria della Procura ionica in collaborazione con la Polstrada.

Sono accusati di aver messo in piedi una vera e propria associazione a delinquere finalizzata alle frodi assicurative. Per l'accusa, incidenti organizzati a tavolino tra il 2023 e il 2024

In tre, tra cui un'avvocata, sono accusati di aver messo in piedi una vera e propria associazione a delinquere finalizzata alle frodi assicurative: si tratta della 46enne Simona Latte, ritenuta l'organizzatrice di una serie di falsi sinistri finiti nel mirino degli inquirenti, del 54enne Cataldo Leo, legale rappresentante di una società di noleggio autovetture, molto spesso utilizzate negli incidenti, e infine dell'avvocata 51enne Francesca Romana Campo, individuata dall'accusa come la professionista di riferimento, per tutte le incombenze di carattere tecnico-giuridico necessarie per la liquidazione dei sinistri.

11 maggio 2026

TORINO - C'è la signora (indagata) che verso la fine dell'ottobre 2024 se ne va a spasso con il proprio cane al Valentino e che, «violentemente stratonata dallo stesso», cade rompendosi il braccio, e intascando poi 3.100 euro come rimborso dall'assicurazione; o c'è la ragazza (indagata pure lei) che un mesetto dopo si rompe il polso per «la caduta di una scarpiera», mentre sta facendo le pulizie di casa, episodio che costerà alla compagnia 2.000 euro di risarcimento; oltre ai classici incidenti stradali, con danni ai passeggeri, compresi quelli a bordo di tram e bus della Gtt, per rimborsi fino a 13.500 euro. Era questo il menù — secondo la tesi investigativa — di una banda specializzata nelle truffe assicurative e che vedeva a capo, con il ruolo di «promotore e organizzatore», un'avvocata torinese. Per lei, e altri quattro complici, la procura ha chiesto al gip cinque misure cautelari — previo interrogatorio — per accuse che vanno dall'associazione per delinquere finalizzata alla truffa e al falso fino ai reati contestati nei singoli episodi, una trentina.

Dietro alle richieste di risarcimento alle assicurazioni (diverse) c'era un'organizzazione ben roduta, almeno secondo le imputazioni emerse nell'invito a presentarsi all'interrogatorio notificato qualche settimana fa a indagati e difensori: al centro delle richieste vi erano infatti «sinistri falsi, in quanto mai avvenuti o accaduti con conseguenze lesive per i soggetti coinvolti meno gravi di quelle documentate», sempre secondo la ricostruzione dell'accusa. Il tutto «sulla scorta dell'allegazione di falsi certificati medici (di pronto soccorso, di visite fisiatriche e di consulenze di medici legali) e false fatture relative a prestazioni mediche effettuate da poliambulatori».

Figura chiave, emersa durante le indagini, è quella dell'avvocata, con studio in centro: sarebbe stata lei, per conto «delle parti interessate», a inoltrare «le richieste di risarcimento dei danni relative ai falsi sinistri, provvedendo a falsificare la documentazione medica comprovante le lesioni riportate dalle persone offese e i trattamenti fisioterapici ricevuti». In alcuni casi, la legale avrebbe tenuto «i contatti con i carrozzieri per il recepimento dei dati dei soggetti e dei veicoli da inserire nei falsi incidenti».

Al vertice c'era un'altra donna, poco meno di 60 anni, che — sempre secondo gli investigatori — si occupava di individuare gli incidenti stradali avvenuti in città e nelle cintura, scegliendo «quali soggetti far figurare sulla scena», per poi «falsificare, insieme alla legale, la documentazione medica relativa agli accessi al pronto soccorso o alle visite medico-legali». Aiutando così l'avvocata nelle scartoffie che avrebbero poi portato alle richieste di risarcimento danni alle compagnie assicurative.

Facevano parte dell'associazione per delinquere anche i due uomini, di 57 e 29 anni, pronti a indicare, di volta in volta, «la loro presenza sul luogo del presunto sinistro»: direttamente come persone offese, o come testimoni, per fornire una versione di comodo, in favore dei presunti soggetti lesi.

Toccava invece a una ventiduenne intrattenere i preziosi rapporti — preziosissimi, per la banda — con un carrozziere, colui che forniva altre precise indicazioni sui sinistri avvenuti e sui veicoli coinvolti: incidenti — quelli al centro dell'inchiesta — avvenuti a Torino e provincia dall'ottobre 2022 fino a pochi mesi fa. Episodi nei quali la banda era pronta a infilare falsi parti offese o testimoni.



OCCHIO ALLE FRODI!

9 giugno 2026

ROMA - I carabinieri della compagnia Roma Centro hanno eseguito un'ordinanza che dispone misure cautelari nei confronti di 20 romani: 16 arrestati, di cui sei in carcere e 10 ai domiciliari, e quattro sottoposti all'obbligo di presentazione quotidiana alla polizia giudiziaria, emesse dal giudice per le indagini preliminari del Tribunale di Roma, con l'accusa di associazione per delinquere finalizzata alla commissione di truffe ai danni di numerose compagnie assicurative Rc auto nonché corruzione, sostituzione di persona e falso.

Le attività investigative condotte dai carabinieri sono durate circa un anno, sotto la direzione della procura romana: è emersa, fanno sapere i carabinieri, «una stabile associazione criminale, costituita da cittadini italiani, tutti romani, che inscenavano sinistri stradali mai avvenuti con la complicità di medici e infermieri affiliati, che procuravano alle false vittime dei sinistri lucrosi risarcimenti dalle compagnie assicurative». L'indagine ha interessato, complessivamente, 207 indagati, 78 dei quali per associazione, tra cui i 20 destinatari delle misure cautelari. Gli incidenti erano organizzati sempre nello stesso giorno (quello in cui gli ortopedici associati erano di turno) e con modalità quasi «cinematografiche» laddove il capo dell'associazione o i suoi più diretti collaboratori, stabilivano il luogo della messa in scena (incroci stradali), i mezzi che si sarebbero dovuti scontrare, e organizzavano il lavoro degli attori (partecipanti ai falsi sinistri) appositamente indottrinati sul comportamento da tenere nella «rappresentazione» del sinistro e poi nelle successive fasi delle pratiche di risarcimento. Si è inoltre accertata la responsabilità di numerosi sanitari (ortopedici) nella redazione di falsi certificati diagnostici e di false attestazioni di cure fisioterapiche, utili ad incrementare artificiosamente l'importo del risarcimento da parte delle Compagnie di Assicurazione. L'indagine ha interessato, complessivamente, 207 indagati, 78 dei quali per associazione, tra cui i 20 destinatari delle misure cautelari. I falsi incidenti provati sono oltre 30 ma numerosi altri sono quelli ritenuti sospetti sui quali sono in corso ulteriori accertamenti.

Alcuni soggetti, tra i quali il vertice e i suoi più stretti collaboratori, risultano aver partecipato, nell'arco di soli tre anni, a decine di sinistri stradali, spesso con gli stessi mezzi. Il danno provocato alle Compagnie assicurative, che hanno fornito piena collaborazione nell'indagare le truffe ai loro danni, corrispondente al profitto illecito dell'associazione, ammonta a quasi 1 milione e mezzo di euro nell'arco di un solo anno.

«Il Policlinico Universitario Campus Bio - Medico, nell'apprendere dagli organi di stampa delle inchieste in corso su una truffa alle compagnie assicurative a Roma, in cui sarebbero coinvolti anche due medici che operano all'interno della struttura, sottolinea la propria assoluta estraneità ai fatti suddetti e prende risolutamente le distanze da ogni eventuale condotta illecita posta in essere dagli indagati nella loro attività al di fuori del Policlinico». Secondo una nota del Campus Biomedico: «Si precisa che il dottor E. F. opera in qualità di libero professionista e svolge attività esterne che nulla hanno a che vedere con la struttura, mentre il dottor L. L. V. è medico in formazione specialistica presso un'altra università e sta svolgendo presso il Policlinico Universitario.



OCCHIO ALLE FRODI!

9 giugno 2026

GIUGLIANO IN CAMPANIA (NA) - Dovevano essere normali pratiche legate al ritrovamento di auto denunciate come rubate. Ma dietro quelle relazioni ufficiali, secondo gli investigatori, si sarebbe nascosto un sistema costruito per ottenere indebitamente risarcimenti assicurativi attraverso falsi furti e simulazioni di reato. È da questa ipotesi che nasce l'inchiesta coordinata dalla Procura della Repubblica di Napoli Nord che ha portato all'esecuzione di un'ordinanza di custodia cautelare agli arresti domiciliari nei confronti di quattro persone, tra cui tre appartenenti alla Polizia di Stato. Il provvedimento, emesso dal giudice per le indagini preliminari del tribunale di Napoli Nord ed eseguito dagli agenti del commissariato di Pubblica Sicurezza di Giugliano-Villaricca, ipotizza a vario titolo i reati di associazione per delinquere finalizzata alla commissione di falsi e simulazioni di reato. L'indagine ha preso avvio da alcune anomalie rilevate dall'Ufficio Controllo del Territorio dello stesso commissariato. Da lì sono partiti approfondimenti investigativi supportati da intercettazioni, analisi delle immagini dei sistemi di videosorveglianza e verifiche sulla documentazione relativa alle pratiche assicurative. Secondo quanto ricostruito dagli investigatori, gli indagati avrebbero messo in atto un meccanismo ben definito. In occasione del ritrovamento di autovetture precedentemente denunciate come rubate, sarebbero stati redatti verbali e relazioni nei quali veniva attestata la presunta asportazione di componenti e accessori di elevato valore economico. Una circostanza che avrebbe consentito ai proprietari dei veicoli di avanzare richieste di risarcimento alle compagnie assicurative per danni e ammanchi ritenuti inesistenti. A smontare la versione fornita dagli indagati sarebbero stati però i successivi accertamenti tecnici effettuati sulle vetture sequestrate. Le verifiche avrebbero infatti evidenziato che molti dei componenti dichiarati come rubati risultavano ancora installati sui veicoli e perfettamente originali, smentendo quanto riportato nella documentazione ufficiale. Nel corso delle indagini sono stati ricostruiti undici episodi ritenuti riconducibili allo stesso schema operativo, elemento che ha portato gli inquirenti a ipotizzare l'esistenza di un'associazione finalizzata alla realizzazione sistematica delle condotte contestate.

11 giugno 2026

GENOVA - Simulavano incidenti stradali o talvolta gonfiavano i danni per truffare le assicurazioni.

Un'attività di 'famiglia' ben roduta e replicata nel tempo con la collaborazione di un giro di conoscenti e amici. Per questo il sostituto procuratore Marcello Maresca ha chiesto gli arresti domiciliari per un carrozziere della Valpolcevera, titolare dell'officina per i suoi tre figli.

I quattro, difesi dagli avvocati Cristiano Mancuso, Pietro Bogliolo e Andrea Testasecca saranno interrogatori il 25 giugno dalla giudice Silvia Carpanini.

In base alla nuova legge sulle misure cautelari infatti per i reati di cui sono accusati (frode assicurativa e simulazione di reato) è necessario l'interrogatorio preventivo. Nella richiesta di misura cautelare sono accertati dagli investigatori sette episodi di incidenti stradali fasulli, avvenuti tra febbraio 2024 e ottobre 2025 che hanno coinvolto sempre il carrozziere o i suoi familiari e conoscenti di lunga data della stessa famiglia. Le indagini sono ancora in corso e gli episodi su cui lavorano gli investigatori sono molti di più.

Nove al momento gli indagati tra cui due autisti dipendenti di un'azienda che fornisce il servizio di bus a chiamata per Amt e due appartenenti alle forze dell'ordine, fratello e sorella, il primo carabiniere e la seconda vicequestore della polizia di Stato. L'inchiesta è stata condotta alla sezione di polizia giudiziaria della polizia stradale tra tabulati, intercettazioni telefoniche, localizzatori gps sulle auto, confronti fotografici sulle perizie inviate alle assicurazioni e l'audizione di numerosi testimoni. Gli investigatori hanno scoperto, per esempio, che la stessa auto veniva riutilizzata più volte nei sinistri senza essere effettivamente riparata e che gli indagati si telefonavano anche pochi minuti prima del sinistro-fantasma.

Non solo. Sia il carrozziere con la sua famiglia sia i due appartenenti alle forze dell'ordine avrebbero denunciato negli anni decine di danneggiamenti alle loro auto in sosta che sono ora al vaglio degli inquirenti.



OCCHIO ALLE FRODI!

16 giugno 2026

PRATO - Per "fabbricare" falsi incidenti stradali, che poi servono a truffare le compagnie assicurative, servono un'autocarrozzeria compiacente, un'agenzia pratiche senza scrupoli e possibilmente anche un medico che non si faccia troppi problemi a firmare certificati. Tutti ingredienti che, secondo la Procura di Prato, erano presenti nel gruppo di 22 persone che sono state rinviate a giudizio con le accuse di associazione a delinquere (i tre principali imputati), frode assicurativa e false certificazioni mediche. L'indagine è stata condotta dal sostituto procuratore Laura Canovai, che l'ha chiusa ottenendo il rinvio a giudizio dei 22 prima di essere trasferita a Firenze, dove ora è procuratore aggiunto. Al vertice della presunta associazione a delinquere, in attesa del vaglio del Tribunale, sarebbero stati in tre: Rita Ines Ciulli, in qualità di socia accomandataria dell'agenzia di pratiche Mistral con sede in via Franceschini e di socia accomandataria della Fisiotec sas di Sesto Fiorentino (un centro di fisioterapia e riabilitazione); l'avvocato Luciano Barni, in qualità di socio accomandante della medesima agenzia; il medico fiorentino Stefano Soldani. Secondo la Procura, Ciulli e Barni, sarebbero i promotori della presunta associazione a delinquere. Sono accusati di aver predisposto i falsi incidenti, di aver organizzato le visite mediche e le successive cure presso istituti di loro fiducia, tra cui la Fisiotec di Sesto Fiorentino, di aver indirizzato indirizzavano gli autori delle richieste risarcitorie presso carrozzerie di loro fiducia per poi richiedere alle compagnie di assicurazione risarcimenti per danni materiali più elevati rispetto ai costi effettivamente sostenuti e per danni fisici inesistenti o, comunque, per lesioni o malattie più gravi rispetto a quelle effettivamente subite dagli infortunati, al fine di ottenere il risarcimento. Una di queste autocarrozzerie, sempre secondo la Procura, è l'Autocarrozzeria Moderna di via Danubio, il cui legale rappresentante, Francesco Gesualdi, risulta tra gli imputati nel processo. Gli incidenti stradali sospetti risalgono quasi tutti al 2021. Gli altri 18 indagati nel procedimento penale sono sostanzialmente i conducenti delle auto che si sarebbero prestati a ingigantire i danni alle vetture e i danni alle persone per riscuotere un risarcimento più alto. Si tratta di Hu Quei, Chen Qiaoxian, Giampietro Morra, Carlo Boglia, Alberto Paolino, Wang Yidu, Annunziata Petruolo, Zhou Zifen, Fortunata Pititto, Fabio Di Nuzzo, Mirko Guidi, Munevera Salkanovic, Fabio Vannini, Andrea Vannini, Wya Jean Gustave Mbeunda, Aubiege Michele Lele Kamgang, Mariangela Bardazzi e Laura Bardazzi. Il processo è iniziato nei giorni scorsi ed è stato subito rinviato a novembre per l'astensione degli avvocati.

17 giugno 2026

CASTELLAMMARE DI STABIA (NA) - Incidenti stradali mai avvenuti, pratiche istruite su documentazione ritenuta mendace e richieste di risarcimento danni per migliaia di euro. È questo il quadro delineato dall'ipotesi investigativa che ha portato la Procura della Repubblica di Milano a chiudere un'articolata inchiesta incentrata su una presunta truffa ai danni di un noto gruppo assicurativo.

L'indagine vede attualmente coinvolte 14 persone, residenti in un'ampia area che abbraccia Castellammare di Stabia, Gragnano, Piano di Sorrento e la zona nord della provincia di Napoli. Nei giorni scorsi, a tutti i soggetti coinvolti è stato notificato l'avviso di conclusione delle indagini preliminari. L'accusa formale mossa dai magistrati milanesi è quella di truffa aggravata in concorso. Il fascicolo d'indagine ha preso il via non da controlli su strada, ma dagli uffici milanesi di una delle più importanti compagnie assicurative italiane. I sistemi di controllo interno della società avrebbero infatti rilevato una serie di anomalie sospette relative a richieste di risarcimento per sinistri stradali localizzati, sulla carta, nella provincia partenopea.

Ricevuta la denuncia, gli inquirenti hanno avviato un meticoloso lavoro di approfondimento, mettendo sotto la lente d'ingrandimento otto distinti episodi. Si tratta di dinamiche varie, che spaziano dai classici tamponamenti tra autovetture fino a collisioni che avrebbero coinvolto anche scooter e motocicli, asseritamente verificatisi in gran parte tra le strade di Castellammare di Stabia e Gragnano.

Secondo la ricostruzione effettuata dalla Procura, la dinamica della presunta truffa si basava su un meccanismo ben collaudato, ma che si fondava su un presupposto inesistente: i sinistri denunciati non si sarebbero mai verificati.

L'impianto accusatorio ipotizza i seguenti passaggi:

- La simulazione: Gli indagati avrebbero simulato a tavolino gli incidenti, redigendo documentazione considerata falsa dagli investigatori.
- Le richieste di liquidazione: Le pratiche venivano poi inoltrate alla compagnia assicurativa per ottenere indebitamente le somme di denaro a titolo di risarcimento danni.
- L'estraneità dei legali: Per inoltrare le richieste, i soggetti coinvolti si sarebbero avvalsi di diversi avvocati civilisti i quali, sottolinea la Procura, sarebbero stati totalmente ignari della natura fraudolenta delle pratiche a loro affidate.

Gli investigatori ritengono che i 14 indagati abbiano agito in concorso tra loro, partecipando a vario titolo alla costruzione delle false dinamiche e alla predisposizione dell'iter burocratico.



OCCHIO ALLE FRODI!

23 giugno 2026

ALCAMO (TP) - Una struttura con distinzione dei ruoli per ottenere indennizzi risarcitori a fronte di inesistenti incidenti stradali. Questa l'accusa di una presunta maxi truffa che vede coinvolte 29 persone, la maggior parte di Alcamo, per le quali il pubblico ministero del tribunale di Trapani ha chiesto al Gip che si proceda senza interrogatori preventivi e che si applichino immediatamente le misure cautelari.

Il carcere è stato chiesto per due indagati tra i quali un noto avvocato alcamese Ubaldo Ruvo, 57 anni, con studio in viale Italia e nella via Malaspina di Palermo. Ubaldo Ruvo, difeso dagli avvocati Antonio Turrise e Pietro Riggi, secondo l'accusa, sarebbe stato a capo della organizzazione che simulava incidenti stradali per truffare le assicurazioni.

Il gruppo infatti, attraverso falsi incidenti stradali, effettuava richieste per riscuotere le cifre prestabilite da infortuni e/o gravi danni a persone/cose. In totale sono 29 gli indagati coinvolti nell'inchiesta che ha portato alla luce un articolato sistema di richieste di risarcimento ritenute fraudolente.

Le indagini hanno consentito di ricostruire numerosi episodi sospetti e di individuare una rete di soggetti che, a vario titolo, avrebbe partecipato alla predisposizione delle pratiche risarcitorie.

Tra gli indagati figurano professionisti e persone che avrebbero avuto ruoli differenti nella gestione delle pratiche, dalla documentazione sanitaria alle richieste di risarcimento. Gli inquirenti stanno verificando le responsabilità individuali e l'entità complessiva del danno economico arrecato alle compagnie assicurative.

24 giugno 2026

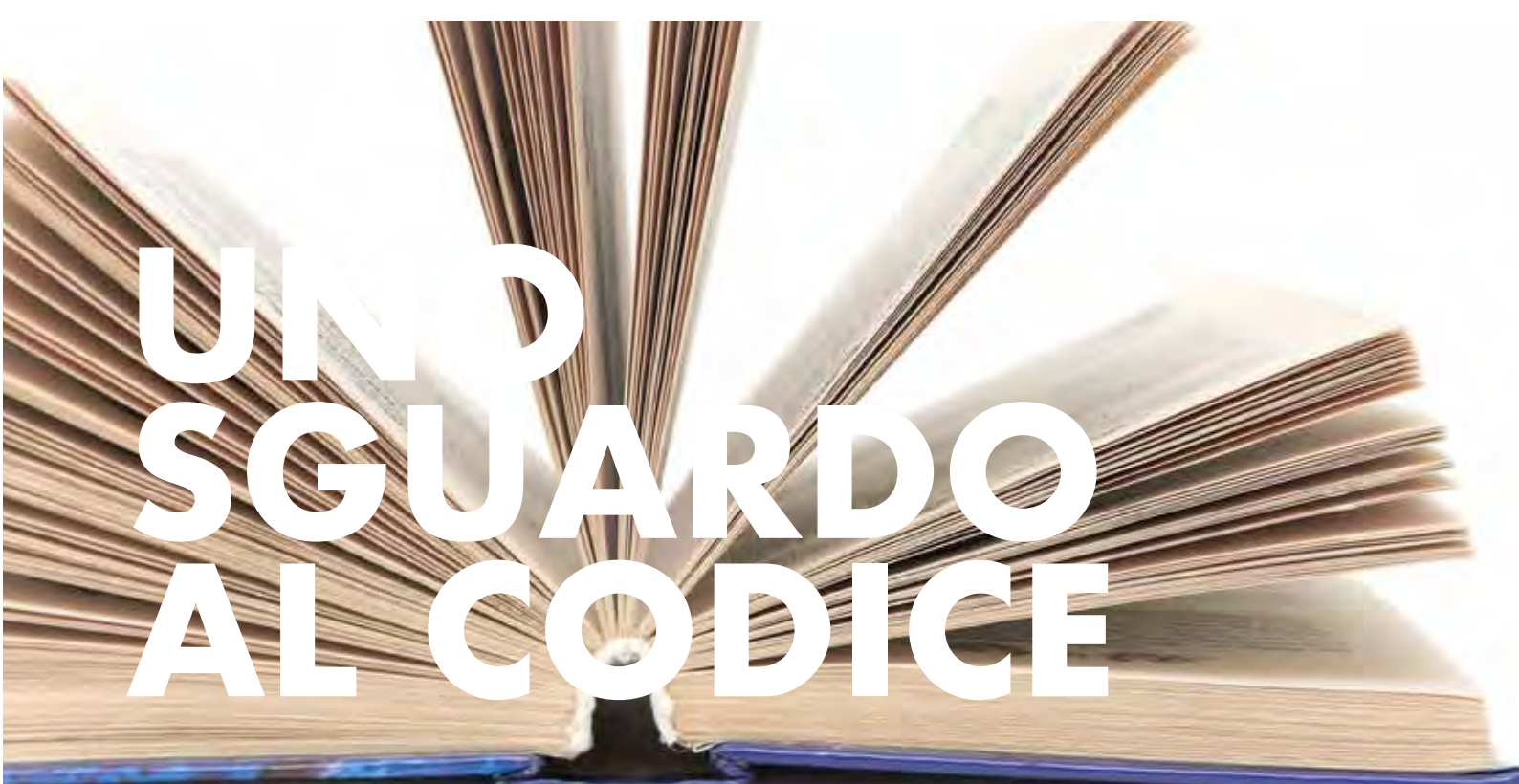
ALCAMO (TP) - Dall'avvocato considerato dagli investigatori il presunto promotore dell'organizzazione fino ai presunti procacciatori, testimoni e persone che avrebbero simulato incidenti stradali per ottenere risarcimenti assicurativi. Sono 29 gli indagati coinvolti nella maxi inchiesta della Procura di Trapani su una presunta rete specializzata nelle frodi assicurative ad Alcamo e nel Trapanese. Gli indagati compariranno davanti al Gip del Tribunale di Trapani per gli interrogatori preventivi richiesti dalla Procura prima dell'eventuale emissione delle misure cautelari. Dall'ordinanza emergono i nomi delle persone coinvolte e i rispettivi ruoli ipotizzati dagli investigatori.

Al vertice della presunta associazione per delinquere finalizzata alle frodi assicurative vi sarebbe, secondo l'accusa, l'avvocato alcamese Ubaldo Ruvo, 57 anni, professionista noto in città anche per il suo passato impegno politico. Gli investigatori ritengono che avrebbe coordinato le attività del gruppo, predisponendo le pratiche risarcitorie e gestendo i rapporti con i presunti falsi danneggiati e i testimoni. Secondo la richiesta di misura cautelare della Procura di Trapani, gli indagati sono: Federico Alesi (Palermo, 1971); Giuseppe Amodeo (Partinico, 1985); Vincenzo Agrusa (Trapani, 1956); Francesca Anselmo (Erice, 1995); Giuseppe Argento (Castelvetrano, 1973); Vito Balsamo (Salemi, 1980); Ignazio Battaglia (Alcamo, 1997); Carlo Blunda (Alcamo, 1995); Ignazio Blunda (Alcamo, 1986); Francesco Borromeo (Alcamo, 1983); Vittorio Calabria (Borgetto, 1969); Giuseppe Coraci (Alcamo, 1985); Alberto Cotton (Palermo, 1993); Vincenzo Giarratano (Erice, 1986); Vito Lo Biundo (Partinico, 1980); Salvatore Lo Presti (Alcamo, 2000); Antonio Lombardo (Alcamo, 1987); Francesca Marino (Sciacca, 1971); Domenico Messina (Ragusa, 1990); Maria Parrino (Alcamo, 1974); Francesco Piccione (Erice, 1977); Paolo Regina (Alcamo, 2003); Ubaldo Ruvo (Alcamo, 1968); Vittorio Rugeri (Alcamo, 1971); Felice Scaraglino (Castellammare del Golfo, 1960); Saverio Stabile (Erice, 1993); Sergio Peduzzi (Trapani, 1974); Giuseppe Borromeo (Alcamo, 1983); Giuseppe Amodeo (Partinico, 1985). L'inchiesta ipotizza un'associazione per delinquere che avrebbe operato tra il 2020 e il 2025 attraverso la simulazione di incidenti stradali, la predisposizione di denunce e richieste di risarcimento ritenute false, la produzione di testimonianze mendaci e la presentazione di documentazione alle compagnie assicurative e ai tribunali civili.

Negli atti vengono contestati, a vario titolo, reati che vanno dall'associazione per delinquere alla truffa assicurativa, dal falso in testimonianza al falso ideologico, fino all'autoriciclaggio. Le singole posizioni sono naturalmente diverse tra loro e dovranno essere valutate nel corso del procedimento giudiziario.

La Procura ha chiesto il carcere per Ubaldo Ruvo - il cui fratello, tra l'altro è presidente di sezione proprio al Tribunale di Trapani - e Vittorio Calabria. Per altri indagati sono state richieste misure meno afflittive, tra arresti domiciliari, obblighi di dimora e divieti di uscire dalla propria abitazione nelle ore serali e notturne. Sarà il Gip, dopo gli interrogatori preventivi, a decidere se accogliere o meno le richieste formulate dall'accusa.

L'inchiesta, nata da un esposto e sviluppata dai Carabinieri della Compagnia di Alcamo attraverso intercettazioni, perquisizioni e accertamenti documentali, rappresenta una delle più ampie indagini sulle frodi assicurative condotte negli ultimi anni nel Trapanese.



UNO SGUARDO AL CODICE

DANNO CAGIONATO DA COSE IN CUSTODIA

Chiunque si confronti con temi di natura assicurativa ha incontrato, almeno una volta, un sinistro in cui la responsabilità da cosa in custodia diventava la chiave interpretativa per la comprensione – prima – e la soluzione – poi – di un sinistro o di un quesito assuntivo.

Tuttavia, pur trattandosi di un concetto noto ai più, occorre ricordare che il codice civile non riserva più che una stringata riga al caso che ci occupa. Infatti, l'art. 2051 c.c. si limita a prevedere che “ciascuno è responsabile del danno cagionato dalle cose che ha in custodia, salvo che provi il caso fortuito”.

LA DEROGA AGLI EFFETTI DELL'ART. 1901 C.C. DEVE ESSERE CHIARA ED ESPRESSA

È fatto noto che il premio di polizza versato in ritardo comporta la sospensione della copertura assicurativa e in carenza di azione giudiziale dell'assicuratore entro 6 mesi dalla scadenza il contratto assicurativo si risolve.

Forse meno noti, o poco attenzionati, sono gli effetti che conseguono dall'accettazione di siffatto pagamento da parte dell'assicuratore nonostante la sua premura o la sua preoccupazione, di far “rivivere” con varie clausole contrattuali una garanzia che invece è già defunta.

La più recente giurisprudenza ha consolidato il principio che l'accettazione dell'assicuratore del pagamento tardivo del premio non comporta alcuna rinuncia ai deflagranti effetti dell'art. 1901 e non sana l'intervenuta risoluzione del contratto assicurativo, a meno che le parti – rectius l'assicuratore – non abbiano manifestato in modo chiaro ed espresso la volontà di non volersi avvalere della sospensione del contratto.

GESEA NEWS

Willis: la cyber insurance copre la maggior parte delle perdite da data breach e danni diretti

Willis (WTW) ha pubblicato un nuovo report, "Cyber claims in focus – getting value from cyber insurance", dal quale emerge che le polizze cyber continuano a offrire una protezione finanziaria molto significativa rispetto agli incidenti informatici. L'analisi, basata su 5.500 sinistri cyber in 95 paesi tra gennaio 2013 e gennaio 2026 per circa 1 miliardo di dollari di indennizzi, mostra che l'assicurazione copre oltre il 95% delle perdite medie da data breach e il 90% delle perdite medie di first party. I data breach restano la tipologia di sinistro più frequente, con una prevalenza di violazioni dolose, mentre i ransomware generano le perdite economiche più elevate a causa dell'interruzione operativa e dei lunghi tempi di ripristino. In media, un attacco ransomware dura 25 giorni e produce perdite per 5,3 milioni di dollari; il singolo sinistro più grave ha superato i 500 milioni di dollari. Il rapporto evidenzia anche il ruolo crescente dei terzi: i fornitori esterni sono responsabili di quasi il 50% delle perdite da data breach e del 29% delle perdite di first party, e gli eventi che coinvolgono un unico vendor con impatto su molte organizzazioni rappresentano un rischio sistemico rilevante. Secondo Willis, l'intelligenza artificiale non è ancora emersa come categoria autonoma di sinistro, ma sta amplificando rischi esistenti, come social engineering, phishing con deepfake e ransomware. Lo studio rileva che gli attacchi diretti contro le organizzazioni rappresentano il 58% delle notifiche di ransomware ma generano il 95% dei costi associati; quelli legati a terze parti sono il 42% delle notifiche ma solo il 5% delle perdite. I principali driver di costo sono l'interruzione di esercizio e i pagamenti di riscatto: le richieste medie hanno raggiunto 3,8 milioni di dollari, mentre l'importo medio pagato è pari a 1,5 milioni. Il report richiama l'attenzione anche sul contenzioso legato ai pixel di tracciamento, indicandolo come una fonte di esposizione spesso sottovalutata che ha già generato perdite significative per il mercato cyber. Oltre all'analisi aggregata dei sinistri, Willis fornisce approfondimenti settoriali per servizi finanziari, sanità, trasporti e manifattura. In conclusione, il gruppo sottolinea l'importanza di allineare le coperture al profilo di rischio effettivo: strutture di polizza non coerenti con gli scenari di perdita reali rischiano di lasciare scoperti i punti più critici, pur facendo pagare premi per garanzie di scarso valore.

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



Confindustria, economia in stallo: petrolio in calo ma inflazione e tassi salgono

Economia in stallo. È l'indicazione per il secondo semestre dell'anno del Centro studi di Confindustria. L'accordo per porre fine alla guerra in Iran è avvolto da molte incertezze, i transiti per Hormuz sono limitati. Anche se il prezzo del petrolio è tornato quasi a livelli pre guerra (74 dollari al barile il 24 giugno dal picco di 104 in media a maggio), l'inflazione rimane alta, sono saliti i tassi di interesse che frenano il credito e il turismo dall'estero è in brusca frenata. Il secondo trimestre sconta gli impatti della guerra, il terzo sarà in miglioramento. L'industria finora tiene e gli investimenti reggono grazie al Pnrr. L'inflazione è salita a maggio, +3,2%, anche i prezzi core sono tornati a salire, +2,0%, e servirà tempo per vederli frenare. La Bce ha alzato i tassi a 2,25, i mercati si aspettano solo un altro 0,25 entro la fine del 2026. Gli investimenti sono più difficili: le risorse del Pnrr ancora per qualche trimestre favoriranno gli investimenti, ma sono peggiorate le condizioni per investire e sono ridotte quindi le attese di crescita. L'aumento dei tassi sul credito, 3,56% medio ad aprile, frenerà il flusso dei finanziamenti, anche per investimenti. Inoltre a giugno la fiducia delle imprese risale poco e resta bassa. Ad aprile gli occupati continuano a crescere, sostenendo i redditi delle famiglie, penalizzati dall'aumento dei prezzi. Le vendite al dettaglio sono diminuite di 0,3% in volume, a maggio gli acquisti di auto sono in flessione. Ciò potrebbe anticipare un calo dei consumi nel secondo trimestre. L'industria tiene: ad aprile la produzione industriale è cresciuta dello 0,5%, la crescita acquisita nel secondo trimestre è +1,0 per cento. A maggio il PMI si è rafforzato in chiave espansiva, 52,9, lo scenario internazionale, dazi e guerra, resta il principale fattore di incertezza sul futuro. L'export segna una battuta d'arresto: -2,8% ad aprile, ma nella media degli ultimi tre mesi resta in crescita. Dinamiche eterogenee: ancora positive negli Usa, in contrazione Medio Oriente, Turchia e Spagna. Trainano i prodotti in metallo, rallenta il farmaceutico, deboli il tessile-abbigliamento e i mobili. I servizi sono senza il traino del turismo. La guerra del Golfo ha fermato il boom, la spesa per viaggi di stranieri in Italia è in calo: -3,2% tendenziale in aprile. L'indice S&P Global PMI conferma una moderata flessione nei servizi. Nell'eurozona si evidenzia un calo dell'industria tedesca, la produzione industriale è scesa in Spagna, -0,5%, stabile in Francia e Germania, dove la variazione acquisita è -0,5 per cento. L'economia Usa è in crescita. La Cina è a due velocità: crescono export, +19,4% annuo a maggio, e produzione industriale, +4,5%, debole la domanda interna. Il Centro studi dedica un focus al petrolio: il rischio di scarsità non è azzerato, l'estate sarà critica. I dati disponibili per il periodo marzo-maggio 2026 mostrano un crollo verticale dell'estrazione mondiale, 93,7 mbg da 107,3. La causa principale è la restrizione dei transiti nel canale di Hormuz, ma anche i danni ad alcuni impianti e i limiti nella capacità di stoccaggio di alcuni paesi. Nel breve-medio termine anche con la riapertura di Hormuz l'andamento della produzione sarà molto sotto la domanda a livello mondiale. Secondo lo scenario elaborato da EIA si avranno ben 10 mesi di forte decumulo scorte, -5,2 mbg in media da marzo a dicembre, un evento raro. Gli impatti saranno differenziati: Ue, e ancora di più Cina e Giappone dipendono quasi interamente dalle importazioni di petrolio.

Fonte: Il Sole 24 Ore

Mps, come il governo prepara l'uscita definitiva

Il percorso di uscita del Tesoro dal capitale di Monte dei Paschi di Siena entra in una fase più concreta. Il ministero dell'Economia sta infatti valutando la cessione dell'ultima quota residua, pari al 4,86%, attraverso un'operazione di mercato di tipo accelerated book building (Abb), uno strumento che consente di collocare rapidamente partecipazioni azionarie presso investitori istituzionali. L'operazione segnerebbe un ulteriore passo avanti nel processo di disimpegno pubblico dalla banca senese, dopo anni di interventi e ricapitalizzazioni che hanno portato lo Stato a ridurre progressivamente la propria presenza nel capitale. La linea indicata dal Ministero dell'Economia resta quella di una dismissione progressiva e ordinata, senza forzature. L'obiettivo è uscire dal capitale della banca "alle migliori condizioni di mercato", tenendo conto delle finestre più favorevoli per massimizzare il valore della partecipazione ancora detenuta. Il valore della quota residua è stimato attorno a 1,6 miliardi di euro, una cifra che rende l'operazione rilevante non solo per le casse pubbliche, ma anche per gli equilibri del settore bancario italiano. La scelta di utilizzare un collocamento rapido come l'Abb non esclude altre valutazioni, ma conferma la volontà di procedere con strumenti flessibili, in grado di adattarsi alle condizioni dei mercati finanziari, ancora influenzati da tassi elevati, utili bancari solidi e aspettative di consolidamento nel settore. Parallelamente al tema della dismissione della quota pubblica, resta aperto il dossier legato all'eventuale utilizzo del golden power, lo strumento che consente al governo di intervenire su operazioni considerate strategiche per l'interesse nazionale. Nel caso di Montepaschi, l'attenzione riguarda le operazioni straordinarie che coinvolgono la banca e il più ampio processo di consolidamento del settore. L'orientamento che emerge non è quello di un blocco delle operazioni, ma piuttosto di una possibile introduzione di prescrizioni e condizioni specifiche, finalizzate a tutelare alcuni asset ritenuti sensibili. Si tratterebbe quindi di un approccio di vigilanza attiva, senza un intervento diretto nelle scelte industriali, ma con la possibilità di definire paletti preventivi. Uno degli elementi centrali della posizione del governo riguarda il ruolo del Tesoro nel cosiddetto "risiko bancario". Il ministero dell'Economia ha ribadito la propria neutralità rispetto ai processi di aggregazione che interessano il settore, compreso quello che coinvolge Montepaschi. Una scelta che ha un valore politico e istituzionale importante: da un lato lo Stato resta ancora azionista, anche se con una partecipazione ormai ridotta; dall'altro non intende orientare le dinamiche di mercato, lasciando che siano gli operatori a valutare eventuali fusioni o acquisizioni. Questa impostazione punta a distinguere chiaramente tra il ruolo dello Stato come azionista e quello come regolatore, evitando sovrapposizioni che potrebbero influenzare le decisioni degli investitori. Tra le opzioni sul tavolo, l'accelerated book building emerge come lo strumento principale per portare avanti la dismissione della partecipazione. Si tratta di una modalità già utilizzata in passato, che consente di collocare in tempi brevi pacchetti azionari presso investitori istituzionali selezionati. Il vantaggio principale dell'Abb è la rapidità, ma anche la flessibilità: consente infatti di cogliere finestre di mercato favorevoli senza la necessità di operazioni lunghe o strutturate come le offerte pubbliche tradizionali. In un contesto in cui il settore bancario è sostenuto da utili elevati e da un interesse costante degli investitori, questa modalità può risultare particolarmente efficace. Il punto di equilibrio che emerge dalla posizione del governo è quello tra apertura al mercato e tutela degli interessi strategici. Da un lato, il Tesoro punta a uscire progressivamente dal capitale della banca; dall'altro mantiene attivi gli strumenti di controllo previsti dalla normativa, come il golden power. Non si tratta quindi di un intervento dirigista, ma di una strategia che mira a gestire la transizione in modo ordinato, evitando shock per il mercato e garantendo al contempo la stabilità del sistema finanziario.

Fonte: Wall Street Italia



L'ANGOLO DI MARCO CONTINI

Insurance Business Advisor

Il Brokeraggio Assicurativo al bivio: se il capitale algoritmico dimentica il fattore umano

Nel panorama finanziario del 2026, il settore del brokeraggio assicurativo somiglia sempre più a un gigantesco tavolo da poker dove i grandi fondi di Private Equity e le multinazionali del rischio continuano a "vedere" e rilanciare. Le operazioni di fusione e acquisizione (M&A) hanno trasformato il mercato in una distesa di giganti digitalizzati, dove le MGA (Managing General Agents) dettano legge grazie a una velocità di sottoscrizione che la vecchia burocrazia delle Compagnie non può più permettersi. Eppure, sotto la vernice lucida delle piattaforme tecnologiche e dei bilanci aggregati, emerge una crepa profonda: la crisi del fattore umano e la carenza di una classe dirigente capace di governare la complessità.

L'illusione dell'algoritmo perfetto

Negli ultimi tre anni, l'ossessione per i dati comportamentali e i touchpoint integrati ha convinto molti che la consulenza assicurativa potesse essere ridotta a una funzione matematica. Se conosco i tuoi spostamenti tramite la telematica, le tue abitudini d'acquisto via open banking e la tua propensione al rischio tramite analisi predittive, a cosa serve il broker?

La realtà del mercato sta dando una risposta brutale: i dati dicono *cosa* accade, ma non sanno gestire il *dopo*. Il fattore umano nella gestione dei broker non è più una questione di "simpatia" commerciale, ma di interpretazione etica del rischio. In un sistema iper-standardizzato, la capacità del broker di agire come "architetto del rischio" personalizzato è l'unica barriera contro la commoditization, ovvero la trasformazione della polizza in un banale prodotto da scaffale a basso margine. La tecnologia deve essere il binario, ma il broker deve restare il macchinista. Senza questa guida, l'ecosistema digitale produce protezione teorica, ma fallisce nel momento della verità: il sinistro complesso o la variazione imprevedibile dello scenario geopolitico.

La voragine del management: dove sono i leader?

Il problema più critico che il settore affronta oggi non è tecnologico, ma di capitale umano apicale. Il brokeraggio assicurativo sta soffrendo di una preoccupante "carestia di grandi manager". Per decenni, il settore è cresciuto su modelli padronali o su gerarchie stabili e polverose. L'improvvisa accelerazione finanziaria degli ultimi cinque anni ha trovato il comparto impreparato. Oggi servono manager ibridi: figure che comprendano profondamente la tecnica assicurativa (che resta un mestiere di dettagli e clausole), ma che abbiano la visione strategica per dialogare con i fondi sovrani e la sensibilità tecnologica per governare l'Intelligenza Artificiale Generativa. Invece, assistiamo spesso a un "travaso" di dirigenti da altri settori che tentano di applicare logiche della grande distribuzione o della finanza pura a un business che si basa, fondamentalmente, sulla fiducia e sulla durata decennale dei contratti. La mancanza di leader capaci di armonizzare la spinta all'efficienza con la valorizzazione del talento dei consulenti è il vero collo di bottiglia che rischia di far implodere le grandi aggregazioni post-M&A.

Verso il 2031: L'evoluzione della specie

Cosa dobbiamo aspettarci nei prossimi cinque anni? Il mondo del brokeraggio vivrà una metamorfosi in tre atti:

1. La selezione naturale dei consolidatori: Molte delle aggregazioni nate oggi tra broker e MGA dovranno affrontare la prova del nove dell'integrazione culturale. Non basterà sommare i portafogli; vincerà chi saprà creare una governance unica che non soffochi l'anima imprenditoriale dei piccoli broker acquisiti. La "Governance come motore d'innovazione" non sarà più uno slogan, ma la condizione di sopravvivenza per evitare che i grandi poli diventino colossi dai piedi d'argilla.
2. L'ascesa del Broker-Data-Scientist: Il consulente del futuro non sarà un venditore, ma un analista di sistemi. Il brokeraggio si sposterà sempre più verso la consulenza strategica sui rischi emergenti: cyber-warfare, interruzione di business da eventi climatici estremi e responsabilità civile legata all'IA. Questi rischi non si coprono con un click; richiedono un'interazione umana di alto livello supportata da strumenti di calcolo potentissimi.
3. Il ritorno alla "Boutique di Specializzazione": Mentre i giganti si scontreranno sui volumi e sul mass-market, assisteremo alla rinascita di broker specializzati, quasi delle "boutique del rischio", che faranno del fattore umano e della competenza tecnica ultra-verticale il loro baluardo contro l'automazione.

La tecnologia non è una destinazione

Il brokeraggio assicurativo del 2031 non sarà né puramente umano né puramente digitale. Sarà un sistema "firtuale" (fisico + virtuale), dove la tecnologia avrà il compito ingrato di gestire la compliance, il reporting e la sottoscrizione dei rischi semplici (DORA e AI Act permettendo), liberando finalmente il tempo del manager e del consulente.

La sfida per i prossimi cinque anni è dunque educativa e politica: formare una nuova classe dirigente che non abbia paura dell'innovazione, ma che non ne sia schiava. Il controllo dell'ecosistema non andrà a chi possiede l'algoritmo più veloce, ma a chi saprà usare quell'algoritmo per rafforzare — e non sostituire — l'unico asset non replicabile: la capacità umana di prevedere l'imprevedibile e di prendersene cura. Se il settore fallirà nel produrre questi leader, resterà un guscio vuoto di dati, efficientissimo ma privo di quella fiducia che, da secoli, è l'unico vero motore delle assicurazioni.

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 5 MAGGIO - GIUGNO 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

