

GESEA PAPER

PERIODICO SUL SETTORE ASSICURATIVO

ANNO XII - N. 6

ELABORATO DA

gesea[®]
Audit & Fraud Management





REFERTI CONTRAFFATTI, FALSI INCIDENTI MA VERI RISARCIMENTI!

"Fake broken bones": in italiano "finte ossa rotte". E' questo il nome dell'inchiesta portata avanti dalle Autorità di Torino che prevedeva la produzione di referti medici contraffatti, apparentemente emessi da un Pronto soccorso di Torino, utilizzati per ottenere indebitamente risarcimenti assicurativi attraverso la simulazione di incidenti e infortuni mai avvenuti. Il dettaglio della vicenda è presente nella sezione "Occhio alle frodi", ove sono riportate ulteriori fonti stampa a carattere nazionale.

Nella sezione "Gesea News" viene riportato un interessante focus sullo studio annuale di Marsh che analizza l'evoluzione del mercato assicurativo a supporto delle operazioni di *Mergers & Acquisition (M&A)* in Italia.

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 Assicurative, Esperto assicurativo in riorganizzazione e ristrutturazione aziendale, editorialista, saggista e opinionista, dal titolo ***"Il tramonto del modello "Pure Direct": anatomia della crisi e del riassorbimento delle compagnie di assicurazione online in Italia"***.

Buona lettura!

A background image showing a business meeting. Two people in suits are seated at a table. One person is holding a document with a bar chart and a pie chart. The other person is pointing at the document. A laptop keyboard is visible in the foreground.

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 7

“GESEA NEWS”

Ultime novità, iniziative, notizie reperite da Gesea

pagina 8

“LE INFO DAL MERCATO”

Novità, tendenze e movimenti dal mercato economico-finanziario

pagina 9

“L'ANGOLO DI MARCO CONTINI” (RUBRICA)

Articoli sulla materia assicurativa

pagina 10



IVASS NEWS

07.07.2026	L'IVASS ordina l'oscuramento di 1 sito internet abusivo	LEGGI
16.07.2026	ALLIANZ BENELUX SA/NV: polizza fideiussoria contraffatta	LEGGI
16.07.2026	CHAUCER Insurance Company DAC: polizze fideiussorie contraffatte	LEGGI
16.07.2026	TRYG FORSIKRING A/S: polizza fideiussoria contraffatta	LEGGI
16.07.2026	L'IVASS ordina l'oscuramento di 1 sito internet abusivo	LEGGI
27.07.2026	L'IVASS ordina l'oscuramento di 3 siti internet abusivi	LEGGI
07.08.2026	L'IVASS ordina l'oscuramento di 1 sito internet abusivo	LEGGI
17.08.2026	L'IVASS ordina l'oscuramento di 3 siti internet abusivi	LEGGI
25.08.2026	L'IVASS ordina l'oscuramento di 4 siti internet abusivi	LEGGI
26.08.2026	CANTERBURY INSURANCE DAC non emette polizze a terzi	LEGGI



OCCHIO ALLE FRODI!

15 luglio 2026

RIMINI - Un sistema organizzato di falsi incidenti, certificati medici compiacenti e richieste di risarcimento costruite a tavolino che avrebbe causato, dal 2013 al 2018, un danno di circa 400mila euro, con gli imputati che, secondo la Procura, avrebbero trasformato il danno stradale o domestico in un vero e proprio meccanismo per ottenere denaro dalle compagnie assicurative. Con il processo ormai arrivato alle battute conclusive, a cui partecipano anche 14 parti civili tra compagnie di assicurazioni e l'Ausl Romagna, sono arrivate le richieste di pena del pm (superiori ai 93 anni) per 16 dei 28 imputati finiti a processo davanti al Tribunale collegiale e accusati, a vario titolo, dei reati di falso materiale in atto pubblico, frode assicurativa e corruzione. La sentenza è attesa a fine novembre. Le richieste più alte sono per il dottor Alberto Mario Poce Tucci (11 anni di reclusione e una confisca di 6.750 euro), difeso dagli avvocati Alberto e Fiorenzo Alessi. Il medico ortopedico, all'epoca in servizio al pronto soccorso di Rimini, avrebbe redatto certificati e referti falsi o con prognosi gonfiate per consentire le frodi assicurative. Lo stesso che avrebbe ricevuto i compensi tramite l'ex assicuratore e broker di Montescudo Ivano Casadei (11 anni e una confisca di 49mila euro), assistito dal legale Piero Venturi. Lui, secondo l'accusa, sarebbe invece il promotore e organizzatore del sistema che procacciava i soggetti, organizzava i falsi sinistri, gestiva le pratiche assicurative, coordinava gli accessi al Pronto soccorso e i rapporti con il medico, trattenendo una percentuale dei risarcimenti. Il pm ha poi chiesto 10 anni e 6 mesi di carcere per Rosario Pio De Sisto, "Zio Pio", considerato uno dei partecipanti ai sinistri simulati, coinvolto anche in conversazioni sull'organizzazione e sui compensi del medico, e 4 anni e 6 mesi per il santarcangiolese Salvatore Pascarella. Quest'ultimo, difeso dall'avvocato Giuliano Renzi e già noto per una condanna a 12 anni per tentato omicidio a seguito della partecipazione a un agguato a colpi di pistola in viale Ceccarini a Riccione, sarebbe il principale collaboratore-confessore nella vicenda. Avrebbe infatti ammesso di aver partecipato ai falsi incidenti, spiegato il funzionamento del sistema e riferito di aver pagato circa 400 euro per certificato. Per tutti gli altri imputati, che avrebbero beneficiato o partecipato a un sinistro, sono state chieste pene da 3 anni e 2 mesi a 6 anni e 2 mesi di carcere.



OCCHIO ALLE FRODI!

20 luglio 2026

TORINO - Referti medici contraffatti, apparentemente emessi da un Pronto soccorso di Torino, sarebbero stati utilizzati per ottenere indebitamente risarcimenti assicurativi attraverso la simulazione di incidenti e infortuni mai avvenuti.

È il filone al centro dell'indagine "Fake Broken Bones", che ha portato i Carabinieri del Nas di Torino, con il supporto del Comando provinciale, a eseguire quattro misure cautelari personali nei confronti di altrettanti indagati.

I provvedimenti, disposti dall'autorità giudiziaria, comprendono tre obblighi di presentazione alla polizia giudiziaria e un divieto temporaneo di esercitare la professione forense. Agli indagati sono contestati, a vario titolo, i reati di associazione per delinquere, frode assicurativa e falso materiale commesso da privato in atto pubblico.

L'indagine, avviata nel dicembre 2024 e sviluppata anche attraverso intercettazioni telefoniche e servizi di osservazione, controllo e pedinamento, avrebbe consentito di individuare un'organizzazione strutturata finalizzata a ottenere risarcimenti assicurativi illeciti per un valore complessivo superiore a 200.000 euro.

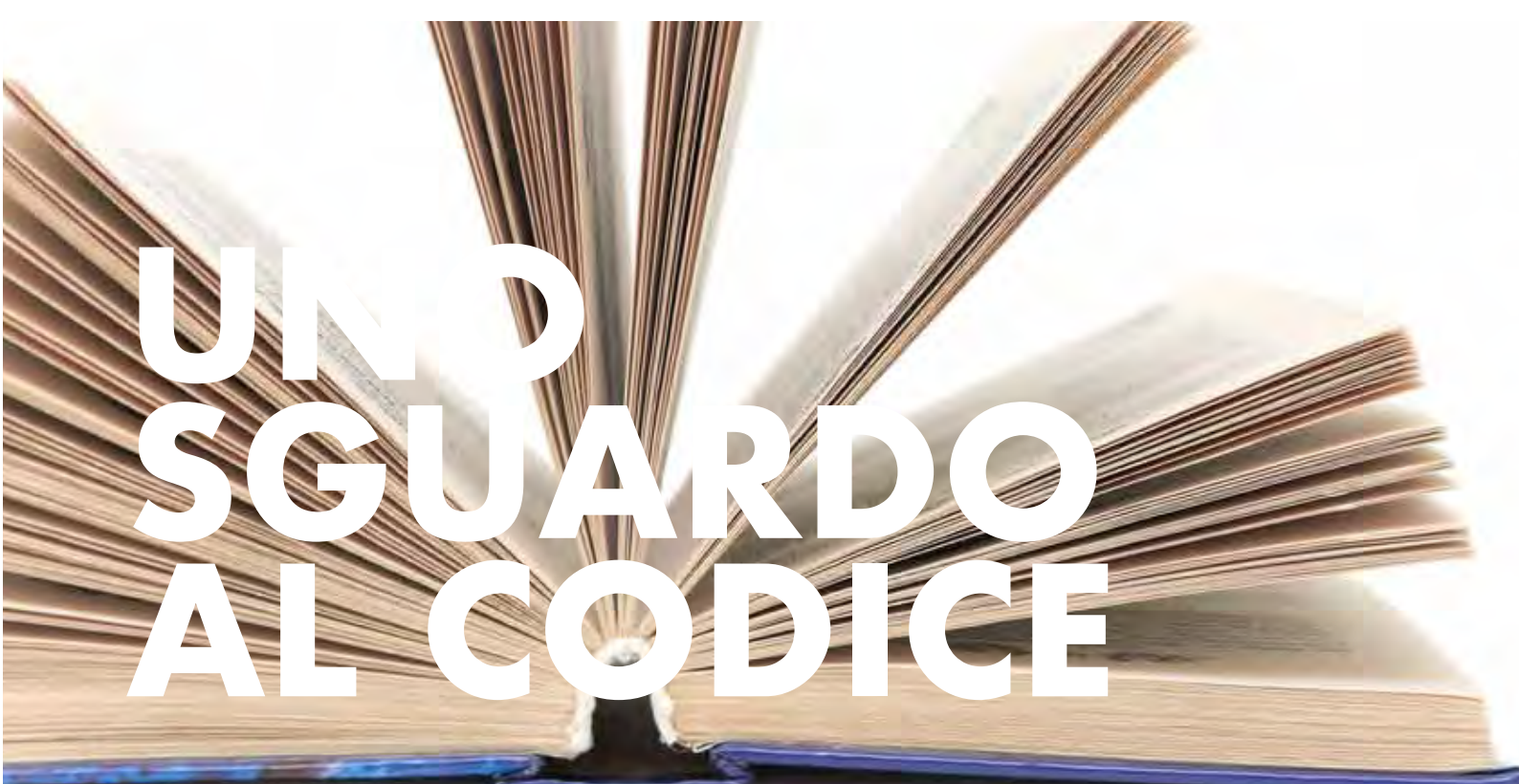
Secondo quanto ricostruito dagli investigatori, il sistema si basava sulla simulazione di sinistri stradali e sulla successiva presentazione alle compagnie assicurative di referti medici falsi, tutti recanti l'intestazione del Pronto soccorso di un ospedale torinese. I documenti riportavano anche codici identificativi riconducibili a pazienti realmente transitati presso la struttura sanitaria, così da apparire autentici.

Tra gli episodi contestati figura la simulazione di un incidente a bordo di un mezzo del trasporto pubblico. Gli indagati avrebbero denunciato una presunta brusca frenata di un autobus di linea, dichiarando falsamente di trovarsi a bordo al momento dell'evento e sostenendo di aver riportato gravi lesioni in seguito alla caduta.

Le indagini hanno inoltre documentato un'altra presunta truffa assicurativa, estranea all'infortunistica stradale. In questo caso uno degli indagati avrebbe dichiarato falsamente di essere stato trascinato a terra dal proprio cane al guinzaglio, simulando una caduta mai avvenuta. Anche in questa circostanza, secondo gli investigatori, la richiesta di risarcimento sarebbe stata supportata da un referto medico contraffatto intestato al Pronto soccorso dell'ospedale torinese, consentendo di ottenere un indennizzo dalla compagnia assicurativa.

L'operazione, spiegano i Carabinieri, rientra nel più ampio dispositivo di contrasto ai reati contro il patrimonio e conferma l'attività di tutela della legalità e di contrasto alle frodi che coinvolgono anche la documentazione sanitaria.

Il procedimento penale è nella fase delle indagini preliminari e, come previsto dall'ordinamento, per gli indagati vige il principio di non colpevolezza fino a eventuale sentenza definitiva.



UNO SGUARDO AL CODICE

POLIZZE D&O E INESISTENZA DEL RISCHIO

Con Ordinanza n. 18458 depositata in data 8 giugno 2026, la Corte di Cassazione – previa declaratoria di inammissibilità di tutti e i quattro motivi di ricorso formulati dai ricorrenti avverso la sentenza della Corte d'appello di Milano recante il n. 3889/2022 e pubblicata in data 10 dicembre 2022 – ha nondimeno esercitato la propria funzione nomofilattica, enunciando, ai sensi dell'art. 363 cod. proc. civ., il seguente principio di diritto:

“È nulla per inesistenza del rischio ex art. 1895 c.c. la clausola, inserita in una polizza c.d. “D&O”, in virtù della quale l'assicuratore si obbliga a rivalere una società commerciale delle somme che questa, senza esservi tenuta per legge o per contratto, abbia pagato al proprio amministratore per tenerlo indenne dalle pretese risarcitorie di terzi, cui l'amministratore abbia arrecato danno con dolo o colpa nell'esercizio delle proprie mansioni”.

CLAIMS MADE AND REPORTED: UNA CLAUSOLA IN CERCA DI LEGITTIMAZIONE

La validità delle clausole claims made, all'esito di un percorso giurisprudenziale non privo di oscillazioni, può dirsi oggi pacifica. Ciò, quantomeno, a seguito della pronuncia delle Sezioni Unite n. 22437/20181, che ha affermato che il meccanismo di operatività della polizza fondato sulla richiesta risarcitoria del terzo danneggiato costituisce una deroga consentita al modello loss occurrence previsto dall'art. 1917, primo comma, c.c.² Tale principio è stato costantemente ribadito dalla giurisprudenza successiva³. Vi sono, tuttavia, alcune clausole accessorie – espressive di specifiche declinazioni del modello claims made – che, pur avendo significativa rilevanza pratica, non sono state oggetto di un altrettanto approfondito scrutinio giurisprudenziale. Ne deriva che, tuttora, permangono rilevanti incertezze sulla loro validità. Tra queste, vi è la clausola claims made and reported, assai diffusa nella prassi, che subordina l'operatività della copertura a una duplice condizione: (a) che la richiesta risarcitoria del danneggiato pervenga all'assicurato durante il periodo di assicurazione (claims made); e (b) che l'assicurato denunci la richiesta risarcitoria all'assicuratore entro la scadenza del periodo di assicurazione o, comunque, entro un termine relativamente ristretto – ad esempio, trenta giorni dalla scadenza (reported).

GESEA NEWS

Assicurazioni M&A: crescono in Italia le polizze contro i rischi fiscali

Secondo quanto emerge dallo studio annuale di **Marsh** che analizza l'evoluzione del mercato assicurativo a supporto delle operazioni di Mergers & Acquisitions (M&A) in Italia (Italian Transactional Risk Insurance Market Report), il mercato M&A italiano ha registrato circa 1.350 operazioni, per un valore complessivo attorno ai 70 miliardi di euro, quest'ultimo in crescita del 9% rispetto al 2024. Il totale delle operazioni di M&A assicurate in Italia è pari a 280, con un aumento delle polizze sottoscritte a 404 (+4% rispetto al 2024), per effetto di operazioni di più grandi dimensioni ed un maggiore ricorso a programmi sindacati che vedono coinvolti più assicuratori sullo stesso rischio (c.d. program of insurance). In questo scenario, le coperture assicurative a supporto delle operazioni straordinarie hanno confermato una penetrazione stabile, interessando circa un deal italiano su cinque. Nel dettaglio, nel 2025 sono state assicurate 280 operazioni di M&A su un totale di 1350 numero in linea rispetto al 2024. Nel 2025 sono state sottoscritte 404 coperture Warranty & Indemnity, soluzioni a garanzia dei rischi connessi alle dichiarazioni e garanzie contenute negli accordi di compravendita, segnando un +4% rispetto alla rilevazione precedente. In Europa Marsh ha registrato un aumento del 36% nel numero di polizze Transactional Risk rispetto all'anno precedente, in un contesto caratterizzato da una ripresa più marcata dell'attività M&A, crescente innovazione nelle coperture e maggiore articolazione delle soluzioni assicurative. Marsh segnala anche un incremento medio dei prezzi del 5%, in un contesto europeo segnato da maggiore divergenza tra asset class, aumento della frequenza dei sinistri e crescente attenzione da parte dei riassicuratori. In Italia il report rileva invece il permanere di condizioni di mercato competitive, sostenute da soft market, capacità disponibile e flessibilità da parte degli assicuratori. Un quadro che continua a favorire l'integrazione delle coperture assicurative nei processi di M&A, soprattutto come leva per ridurre le aree di frizione negoziale e aumentare la certezza delle transazioni. Secondo il report, nel 2025 il mercato italiano della Tax Insurance ha proseguito il proprio percorso di crescita e maturazione: le polizze contro i rischi fiscali sono aumentate da 77 a 92, segnando un incremento di circa il 20% rispetto all'anno precedente. Un incremento in continuità con l'importante crescita registrata nel 2024, in cui il numero di polizze tax era quintuplicato anno su anno. Il dato conferma la crescente diffusione di queste soluzioni nella gestione delle passività fiscali note e, più in generale, delle esposizioni contingenti che possono incidere sulla certezza e sull'esecuzione delle operazioni straordinarie. Nel 2025 il Private Equity si conferma il principale motore della domanda di coperture assicurative M&A in Italia, con un 56% del totale, mentre il 44%, sono state sottoscritte da operatori strategici. Il dato conferma una tendenza ormai consolidata nel mercato italiano: i financial sponsor continuano a utilizzare queste coperture come strumento per facilitare l'esecuzione dei deal, ottenere una clean exit, e favorire una più efficiente allocazione del rischio tra le parti. Allo stesso tempo, il peso ancora rilevante delle operazioni corporate conferma la progressiva diffusione di queste soluzioni anche al di fuori del perimetro tradizionale del private equity. Per quanto riguarda la composizione settoriale, gli operational deal rappresentano la quota prevalente delle operazioni assicurate, pari a circa il 63% del totale. Seguono infrastrutture ed energia, con il 19%, e real estate, con il 18%.

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!



LE INFO DAL MERCATO



Bce: boom dell'AI, rischio di una nuova bolla dot-com

E se l'AI fosse una bolla? È la domanda (o il dubbio) che arriva da un post pubblicato sul blog della Banca centrale europea. Un'analisi che pone questioni attuali, e che ritiene probabile una correzione delle attuali valutazioni azionarie, con l'area euro che non ne uscirebbe indenne. Il testo è firmato da cinque economisti dell'Istituto di Francoforte: Malin Andersson, Johannes Breckenfelder, Stefano Corradin, Kalin Nikolov e Maria Antonietta Viola. Il contesto è noto. Sul mercato statunitense, gli indicatori sono oggi vicini al suo massimo storico. Anche le valutazioni dell'area euro sono cresciute, ma in misura minore. E su entrambe le sponde dell'Atlantico i prezzi riflettono l'entusiasmo degli investitori per l'intelligenza artificiale come forza capace di rimodellare l'economia e trainare i profitti. La domanda che gli autori si pongono è se si tratti di una scommessa razionale su una tecnologia trasformativa o della replica della bolla delle dot-com. La loro risposta è che la ricerca economica sulle passate rivoluzioni tecnologiche porta a una conclusione preoccupante: una correzione è probabile. Fra i precedenti storici, gli autori citano il boom ferroviario dell'Ottocento, la diffusione dell'elettricità e della radio negli anni Venti, l'ondata di internet negli anni Novanta. In ogni caso una tecnologia realmente trasformativa ha attirato investimenti, e le valutazioni delle imprese che l'hanno adottata sono salite con forza prima di crollare. Insomma, di solito i boom sono stati seguiti da correzioni. Gli autori mettono però due paletti. Il primo è che i prezzi di oggi non sono necessariamente un tetto: se l'intelligenza artificiale si rivelerà abbastanza trasformativa, le valutazioni future potrebbero risultare molto più alte anche dopo una correzione. Il secondo riguarda il momento in cui questa arriverà, che è impossibile da conoscere in anticipo. I cicli di boom e crollo, scrivono, si riconoscono solo a posteriori. La parte più rilevante per l'Europa riguarda l'esposizione. Il dominio dei magnifici 7 (Alphabet, Amazon, Apple, Tesla, Meta, Microsoft e Nvidia) sugli indici globali più diffusi, a partire dall'MSCI World, comporta rischi significativi per gli investitori dell'area euro. La gran parte di questa esposizione non passa da detenzioni dirette, ma da fondi comuni ed ETF. Incrociando i dati sui sottoscrittori dei fondi, gli autori stimano che le famiglie dell'area euro abbiano circa 440 miliardi di euro di esposizione ai titoli tecnologici americani, spesso senza essere consapevoli del rischio di concentrazione che ne deriva. Anche compagnie assicurative e fondi pensione detengono posizioni rilevanti. I dati si riferiscono ai cinque maggiori detentori dell'area euro, ai valori di mercato del terzo trimestre 2025. La conclusione del post è piuttosto netta. Il settore tecnologico europeo, più piccolo e meno valutato, limita il rischio di un crollo autoctono. Ma non è una rassicurazione sufficiente: famiglie, assicuratori e fondi pensione sono esposti attraverso i replicanti degli indici globali, e lo stress dell'azionario americano si è storicamente riversato anche sui listini dell'area euro. Gli effetti, avvertono gli autori, potrebbero andare oltre i mercati finanziari e toccare il clima di fiducia, le condizioni di finanziamento e le assunzioni. In estrema sintesi: una caduta americana sull'intelligenza artificiale, non resterebbe un problema americano.

Fonte: *Il Sole 24 Ore*

Energia ed effetto dazi abbattano l'avanzo Ue verso Washington

Maggiori acquisti di energia, minori vendite di beni. Il combinato disposto di queste due voci riduce ancora una volta l'avanzo commerciale dell'Europa verso gli Stati Uniti, che si porta sui minimi a quota 29 miliardi di euro nel secondo trimestre dell'anno, un crollo del 38% rispetto allo stesso periodo del 2025.

Un primo elemento evidente dall'elaborazione di Eurostat relativa al secondo trimestre dell'anno mostra un'impennata degli acquisti di energia, con la crescita dei listini e i maggiori acquisti in volumi dagli Stati Uniti a balzare nel trimestre a 29 miliardi di euro, a ridosso del record toccato a metà 2022, quando i prezzi del gas andarono fuori controllo in seguito all'invasione russa in Ucraina. Il solo deficit europeo verso Washington per il capitolo energia balza così a 26 miliardi di euro, il massimo di sempre in un singolo trimestre.

Le importazioni complessive dell'Europa da Washington salgono così tra aprile e giugno da 88 a 99 miliardi, contribuendo a spingere verso il basso l'avanzo commerciale. Trend ribassista dell'avanzo rafforzato anche dal calo delle esportazioni, contenuto dalla crescita di giugno ma comunque visibile nell'intero trimestre, che vede una riduzione delle nostre vendite tra aprile e maggio da 135 a 128 miliardi di euro. Come risultato, il deficit trimestrale Ue verso gli Stati Uniti si riduce così da 47 a 29 miliardi, proseguendo il trend avviato nella prima parte dell'anno. Il bilancio del primo semestre vede un più che dimezzamento, da 127 a 60 miliardi di euro.

A giocare a sfavore del 2026 è però il confronto con un anno eccezionale, il 2025, in cui i timori per l'avvio dei dazi da parte di Trump aveva spinto numerose aziende a sovrastoccare merce verso Washington, con l'obiettivo di limitare il più possibile l'impatto degli extracosti. Sprint delle vendite ben visibile nelle serie storiche Eurostat, che evidenzia per il primo trimestre 2025 un record di vendite europee a 171 miliardi di euro, dato chiaramente fuori linea rispetto ad una media storica trimestrale degli ultimi anni nell'ordine dei 130 miliardi a trimestre. Il ritorno alla normalità dell'export dopo il sovrastoccaggio, che ha comportato anche una temporanea caduta al di sotto delle medie storiche, ha così spinto al ribasso l'avanzo commerciale 2026, dopo i record dell'anno precedente.

Se con Washington l'avanzo europeo ad ogni modo resiste, in generale per l'Europa la bilancia commerciale con le aree extra-Ue si chiude in deficit, un passivo di 21,8 miliardi di euro nel secondo trimestre 2026 che rappresenta il primo "rosso" dal secondo trimestre del 2023: nel complesso le esportazioni verso le aree extra Ue crescono del 5,4% (+€34.9 miliardi) e le importazioni di quasi dieci punti (+€63.4 miliardi)

Spinta al rialzo degli acquisti europei che arriva ancora una volta dall'energia, il cui deficit passa dai 71 miliardi del primo trimestre ai 101 del periodo aprile-giugno, così come in rosso è l'area delle materie prime, il cui deficit sale da 7,9 a 9,4 miliardi di euro.

Fonte: *Il Sole 24 Ore*



L'ANGOLO DI MARCO CONTINI

Insurance Business Advisor

Il tramonto del modello "Pure Direct": anatomia della crisi e del riassorbimento delle compagnie di assicurazione online in Italia

Dopo oltre un quarto di secolo dal loro debutto, le compagnie di assicurazione dirette (online e telefoniche) in Italia stanno affrontando una crisi strutturale ed esistenziale. Nato con la promessa di disintermediare la catena del valore e abbattere i premi attraverso l'azzeramento delle commissioni agenziali, il modello pure direct si è scontrato con un soffitto di cristallo distributivo mai superato (l'8-10% del mercato RC Auto), l'esplosione dei costi di acquisizione clienti tramite i comparatori di prezzo e il deterioramento del Combined Ratio. La risposta dei grandi gruppi assicurativi è stata netta: ristrutturazioni aziendali, ridimensionamenti dell'organico (come evidenziato dal caso Verti/Mapfre) e il progressivo riassorbimento dei brand nativi digitali all'interno delle strutture verticali delle case madri. L'era della disintermediazione digitale cede così il passo a modelli omnicanali e phygital, nei quali la componente relazionale e la territorialità tornano a essere fattori critici di sostenibilità economica.

1. Il soffitto di cristallo del canale diretto nel mercato italiano

Il mercato assicurativo italiano dei rami Danni, e in particolar modo del ramo RC Auto (Ramo 10), presenta peculiarità uniche nel panorama europeo. A differenza di mercati come quello britannico o tedesco, dove la penetrazione della vendita diretta e aggregata ha raggiunto quote rilevanti, in Italia il canale diretto (telefono e web) ha incontrato una barriera strutturale insuperabile, stabilizzandosi storicamente sotto la soglia del 10% della raccolta premi totale.

QUOTA DI MERCATO RC AUTO IN ITALIA (Canali Distributivi)

Reti Agenziali / Broker (Territoriale)	[88 - 90%]	
Compagnie Dirette / Digitali (Online/Aggregat.)	[8 - 10%]	

La premessa teorica su cui si basavano le compagnie dirette alla fine degli anni '90 (da Zuritel a Genialloyd, fino a Direct Line) era lineare: eliminare il costo della rete agenziale per trasferire il risparmio d'imposta sull'assicurato sotto forma di sconti di tariffa. Tuttavia, questa equazione ha ignorato fattori socio-comportamentali e regolamentari decisivi:

- **La complessità del prodotto e la percezione del rischio:** L'assicurato italiano tende a considerare la polizza RC Auto come un adempimento burocratico complesso. In fase di liquidazione del sinistro o di contenzioso, la figura dell'agente fisico rimane il punto di riferimento cruciale.
- **Resistenza e capillarità della rete agenziale:** Le reti tradizionali hanno difeso le proprie quote di portafoglio evolvendo verso il plurimandato e integrando strumenti informatici per la preventivazione rapida, annullando il vantaggio di usabilità delle piattaforme online.
- **La saturazione del target "price-sensitive":** Il bacino di utenti disposto a gestire autonomamente la propria polizza via web ha raggiunto la saturazione, lasciando il canale diretto a contendersi una platea ristretta di clienti ad alto tasso di volatile.

2. La "Trappola dei Comparatori" e la distruzione del margine operativo

Il fattore fondamentale che ha minato la redditività delle compagnie dirette è la mutazione del Costo di Acquisizione Cliente (CAC). Inizialmente, il canale diretto acquisiva clienti tramite campagne di marketing tabellare e traffico organico (Search Engine Optimization). L'avvento dei broker d'informazione e aggregatori di prezzo (come Facile.it e Segugio.it) ha trasformato radicalmente le dinamiche d'ingaggio.

L'inversione dell'Expense Ratio

In teoria, la struttura dei costi di una compagnia diretta avrebbe dovuto mostrare un Expense Ratio (rapporto tra spese di gestione e premi emessi) nettamente inferiore rispetto alle compagnie tradizionali gravate dalle provvigioni di rete:

$$\text{Combined Ratio} = \text{Loss Ratio} + \text{Expense Ratio} \quad \text{Expense Ratio} = \frac{\text{Spese Amministrative} + \text{Costi di Acquisizione}}{\text{Premi Lordi Contabilizzati}}$$

Nella realtà, l'intermediazione coatta esercitata dai comparatori ha trasferito le commissioni risparmiate sugli agenti verso i costi d'asta per click (CPA/CPL) e commissioni di conversione dovute agli aggregatori.

Voce di Costo	Modello Tradizionale (Agenziale)	Modello Diretto Pure (Web/Aggregatori)
Costo di Acquisizione	Provvigioni d'incasso/acquisto all'agente (variabile e negoziabile)	Costi d'asta aggregatore (CPA) + Budget Marketing Digitali elevati
Fidelizzazione Cliente	Elevata (Relazione personale, cross-selling agenziale)	Prossima allo azzeramento (Churn Rate annuale > 25-30%)
Selezione del Rischio	Presidio del territorio (conoscenza dell'assicurato)	Modelli di sottoscrizione algoritmici vulnerabili ad antiselezione
Impatto della Volatilità	Basso (rinnovi taciti o guidati dal consulente)	Altissimo (cambio compagnia per scarti di poche decine di euro)

L'effetto collaterale più nefasto dell'era degli aggregatori è stato la sterilizzazione del Customer Lifetime Value (CLV). L'utente acquisito tramite comparatore sviluppa una fedeltà al comparatore stesso, non alla compagnia diretta. A ogni scadenza contrattuale, l'algoritmo ripropone la tariffa più conveniente, generando un Churn Rate sistematico che costringe la compagnia diretta a ri-acquisire lo stesso cliente sul mercato a costi sempre crescenti, distruggendo la marginalità tecnica sul lungo periodo.



L'ANGOLO DI MARCO CONTINI

Insurance Business Advisor

3. Il caso Verti e il ridimensionamento dei brand "Pure Digital"

L'emblema della parabola delle compagnie dirette in Italia è rappresentato dal percorso di Verti Assicurazioni (gruppo Mapfre). Entrata nel mercato italiano rilevando nel 2015 il perimetro operativo di Direct Line (storico pioniere del "telefono rosso"), la compagnia ha avviato nel 2018 un'imponente operazione di rebranding per posizionarsi come player digitale e nativo e-commerce.

Tuttavia, le dinamiche di mercato hanno evidenziato una netta divergenza tra le ambizioni di crescita e i bilanci d'esercizio:

- **Sofferenza Tecnica e Ristrutturazioni:** A fronte di una concorrenza sulle tariffe RC Auto esasperata e dell'aumento del costo medio dei sinistri (Loss Ratio gravato dall'inflazione dei ricambi e delle tabelle lesioni), Verti si è trovata nella necessità di avviare complessi piani di ristrutturazione e riorganizzazione aziendale, con ricorso a ammortizzatori sociali e riduzione degli organici per riallineare i costi fissi.
- **Il dilemma del capitale della casa madre:** Per la capogruppo spagnola Mapfre, la controllata italiana ha rappresentato un assorbimento di capitale non proporzionato ai ritorni di redditività (ROE), determinando un cambio di rotta strategico: contrazione dei volumi non redditizi, revisione restrittiva della severità di tariffazione e ricerca di sinergie di gruppo.

Un percorso analogo, seppur con declinazioni diverse, si è osservato con altri marchi storici del settore:

1. Genialloyd (Gruppo Allianz): Storico leader di mercato online italiano, nel 2021 è stato sottoposto a un'operazione di re-branding e riallineamento strategico diventando Allianz Direct. L'obiettivo non era solo uniformare il marchio a livello europeo, ma integrare i processi digitali all'interno della piattaforma tecnologica della casa madre, eliminando l'autonomia gestionale del marchio locale.
2. Zuritel / Zurich Connect (Gruppo Zurich): Originariamente nata come Zuritel nel 1997, riconfigurata poi in Zurich Connect, la divisione diretta di Zurich Italia è stata progressivamente riassorbita nell'ecosistema della casa madre per fungere da mero canale d'ingresso "fabbrica prodotto" o supporto alla rete agenziale, perdendo la connotazione di entità indipendente competitiva contro la rete fisica.
3. Linear (Gruppo Unipol) e Genertel (Gruppo Generali): Le due dirette dei primi gruppi assicurativi italiani hanno gradualmente abbandonato la logica dell'antagonismo verso le reti proprietarie. Oggi operano prevalentemente come "laboratori tecnologici" per la sperimentazione di prodotti parametrici o telemetrici (scatole nere), integrati nella strategia omnicanale dei gruppi di appartenenza.

4. Dinamiche attuariali: Sinistralità, Inflazione e la piaga dei reclami

Dal punto di vista della gestione attuariale e del rischio, il modello diretto presenta elementi di fragilità latente che la recente congiuntura economica ha reso manifesti.

L'antiselezione del rischio e il Loss Ratio

Nelle polizze sottoscritte interamente online senza l'intermediazione di un professionista, il fenomeno dell'antiselezione del rischio (moral hazard ex-ante) risulta significativamente più marcato. Gli algoritmi di profilazione tarati su variabili standardizzate (età, residenza, attestato di rischio) faticano a cogliere l'effettivo profilo di rischio dell'assicurato rispetto all'occhio clinico dell'agente di zona. Ciò ha portato molte compagnie dirette ad accumulare portafogli con una sinistralità latente più elevata rispetto alla media di mercato.

L'esplosione dei costi dei sinistri e i dati IVASS sui reclami

Negli ultimi anni, la crescita dell'inflazione ha generato un impatto sui costi delle riparazioni dei veicoli e sul risarcimento dei danni fisici. Le compagnie dirette, avendo generato colli di bottiglia, ritardi nelle perizie e incomprensioni nella determinazione dei risarcimenti, che sfociano in contenziosi e segnalazioni all'organo di vigilanza.

A questo scenario si aggiunge la frizione nella fase di liquidazione dei danni. I dati periodici dell'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) in materia di gestione dei reclami mostrano un quadro indicativo:

RECLAMI IVASS / 10.000 CONTRATTI (Rilevazione Danni/RC Auto)

Compagnie Dirette (es. Verti, Genertel, Allianz Direct, Linear)	15 - 26 Reclami
Compagnie Tradizionali (es. Unipol, Generali, Allianz)	4 - 8 Reclami

I tassi di reclamosità delle compagnie dirette risultano costantemente superiori rispetto a quelli dei gruppi tradizionali con rete agenziale. La ragione risiede nel modello operativo di liquidazione: l'assenza di un referente fisico e la centralizzazione dei contact center o dei sistemi di intelligenza artificiale per l'apertura dei sinistri generano colli di bottiglia, ritardi nelle perizie e incomprensioni nella determinazione dei risarcimenti, che sfociano in contenziosi e segnalazioni all'organo di vigilanza.

5. Il riassorbimento nella Casa Madre e la nascita dell'Ecosistema "Phygital"

La presa di coscienza dell'insostenibilità del canale diretto come entità stand-alone ha spinto i grandi gruppi assicurativi mondiali a ridefinire l'architettura della propria offerta. Non si parla più di "compagnie dirette" ma di distribuzione omnicanale.

La riconfigurazione strategica delle capogruppo

Le case madri hanno avviato un processo di centralizzazione articolato su tre direttrici strutturali:

1. **Piattaforme tecnologiche unificate:** Anziché mantenere infrastrutture IT duplicate (una per la rete agenziale e una per la compagnia online), i gruppi stanno migrando verso piattaforme core-insurance uniche. Il brand diretto diventa semplicemente un'interfaccia o un'API dell'infrastruttura di gruppo.
2. **Riposizionamento del pricing:** Le tariffe del canale online vengono riallineate a quelle agenziali o utilizzate per attrarre specifici segmenti di nicchia (es. giovani guidatori con scatola nera), evitando la cannibalizzazione dei premi della rete tradizionale.
3. **Integrazione Phygital:** Il processo d'acquisto diventa idruo: l'utente calcola il preventivo in autonomia sul web, ma la gestione del contratto, la personalizzazione delle garanzie accessorie (Kasko, Furto/Incendio, Tutela Legale) e la gestione dei sinistri vengono delegate a un'agenzia del territorio o a un centro servizi convenzionato.

IL NUOVO MODELLO "PHYGITAL"

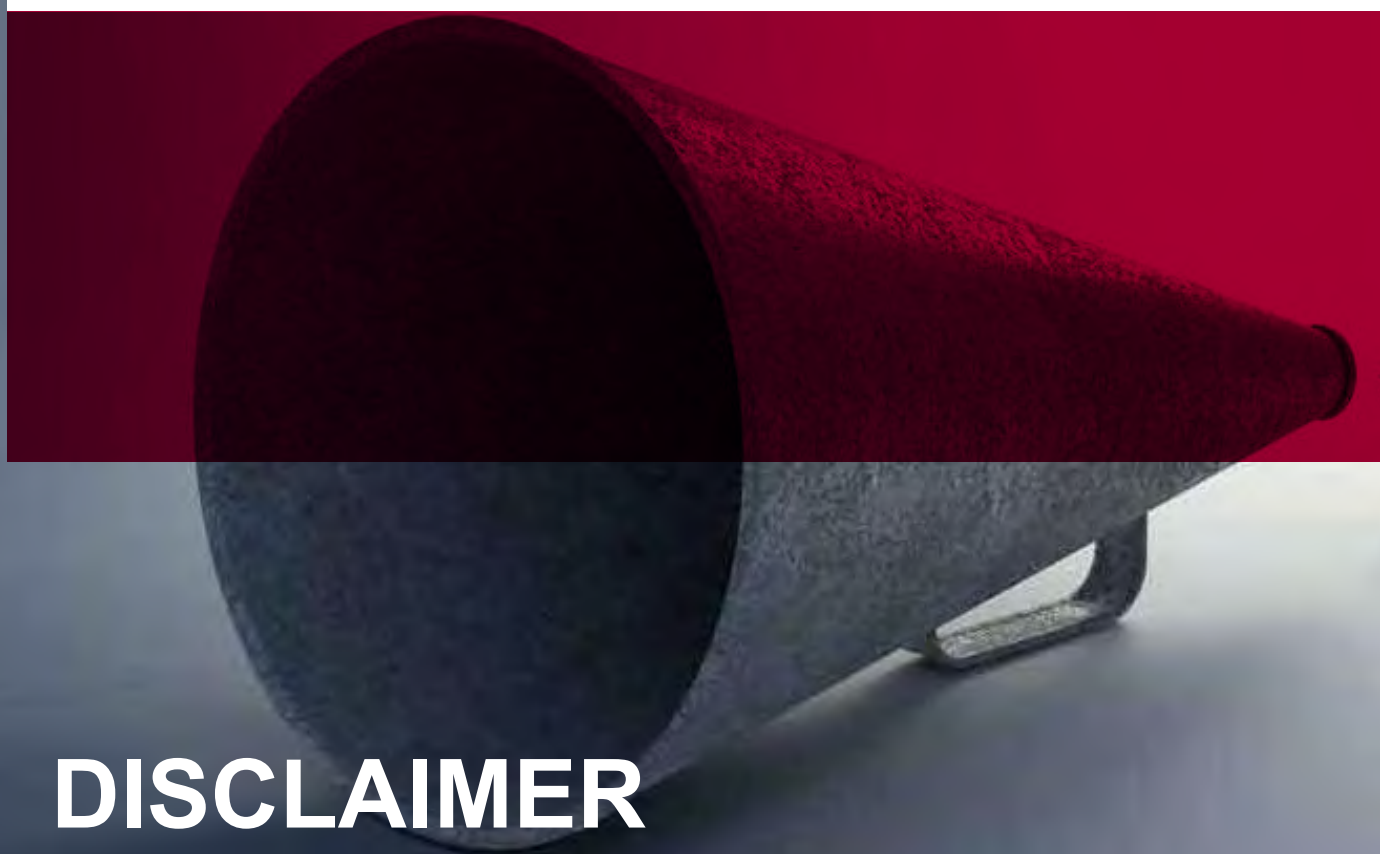


Prospettive del settore

La parabola delle compagnie dirette in Italia rappresenta una lezione nell'evoluzione dei mercati finanziari regolamentati. L'illusione che la sola tecnologia potesse disintermediare un settore fondato sulla gestione della fiducia e sulla complessità contrattuale si è infranta contro la realtà dei bilanci attuariali.

Le compagnie dirette "pure", intese come entità societarie distinte e focalizzate esclusivamente sulla vendita online/telefonica a basso costo, sono destinate a scomparire o a rimanere confinate in mercati di nicchia. Il futuro dell'assicurazione in Italia appartiene a modelli integrati, in cui la tecnologia digitale supporta, anziché sostituire, il presidio umano e la capacità assuntiva della casa madre.

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 6 LUGLIO - AGOSTO 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

