

# GESEA PAPER

PERIODICO SUL SETTORE ASSICURATIVO

ANNO XI - N. 3

ELABORATO DA

**gesea**<sup>®</sup>  
Audit & Fraud Management





# LA CARICA DEI ... 104 SINISTRI IN MENO DI 20 ANNI: QUANDO LA REALTA' SUPERA LA FANTASIA!

Incredibile audacia o eccezionale sfortuna?

Più di 5 incidenti all'anno, uno ogni 2 mesi e mezzo per ben 18 anni ... un "curriculum stradale" di tutto rispetto che, tuttavia, trova il suo epilogo in una condanna in carcere per un uomo che dipinge un quadro di frode sistematica a danno delle Compagnie assicurative.

La vicenda denota un'indiscutibile "capacità" dell'uomo di orchestrare un numero così elevato di frodi tale da suggerire un livello di pianificazione e determinazione che va oltre la semplice sfortuna.

Nella rubrica "Occhio alle frodi" del primo numero del 2025 del Gesea Paper, sono riportati i dettagli di questa "originale" notizia, a cui si aggiungono ulteriori fonti stampa collegate al tema "*insurance fraud*" avvenute su territorio nazionale.

Ulteriore oggetto di approfondimento ha riguardato un tema di natura giuridica inerente il tema della valutazione delle prove che rivestono un ruolo cruciale nella decisione finale dei Procedimenti Civili.

Nella sezione "Gesea News" viene offerto un focus sul predetto argomento collegato ad una recente sentenza emessa in sede di Tribunale.

Spazio infine al nuovo ed interessantissimo 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 "***Insurtech ed Assicurazioni: l'avversione al rischio non porta mai alla scelta migliore***".

***Buona lettura!***

A high-angle photograph of a business meeting. Several people in grey suits are gathered around a table. One person is holding a document with a bar chart and a pie chart. Another person is pointing at the document. In the foreground, a laptop keyboard is visible. The overall scene is professional and collaborative.

# ALL'INTERNO

## IVASS NEWS

Le principali notizie, i recenti comunicati stampa e gli avvisi che sono apparsi sul sito [www.ivass.it](http://www.ivass.it) per essere sempre aggiornati

da 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 9

## “GESEA NEWS”

Ultime novità, iniziative, notizie reperite da Gesea

da pagina 10

## “L'ANGOLO DI MARCO CONTINI” (RUBRICA)

Articoli sulla materia assicurativa

pagina 11



# IVASS NEWS

- 13.01.2025** Gruppo CNP: segnalate garanzie fideiussorie contraffatte [LEGGI](#)
- 15.01.2025** IPER - prezzi effettivi della r.c. auto a novembre 2024 [LEGGI](#)
- 17.01.2025** L'Ivass ordina l'oscuramento di 4 siti internet abusivi [LEGGI](#)
- 21.01.2025** Bollettino Statistico - L'attività assicurativa nel comparto auto [LEGGI](#)
- 29.01.2025** L'IVASS ordina l'oscuramento di 6 siti internet abusivi [LEGGI](#)
- 31.01.2025** L'VASS ordina l'oscuramento di 2 siti internet abusivi [LEGGI](#)
- 07.02.2025** L'IVASS ordina l'oscuramento di 3 siti internet abusivi [LEGGI](#)
- 10.02.2025** VISENTA INSURANCE COMPANY LTD - VISENTA FORSAKRINGSAKTIEBOLAG -  
Segnalata la commercializzazione di polizze fideiussorie contraffatte [LEGGI](#)
- 10.02.2025** Protocollo d'intesa tra Banca d'Italia, IVASS e CONSOB in materia di identificazione e  
vigilanza supplementare sui conglomerati finanziari [LEGGI](#)
- 12.02.2025** Athora Belgium NV/SA: segnalate polizze e bozze di polizze contraffatte [LEGGI](#)
- 18.02.2025** Bothnia International Ins. Comp. Ltd: segnalate polizze fideiussorie contraffatte [LEGGI](#)
- 19.02.2025** L'IVASS ordina l'oscuramento di 4 siti internet abusivi [LEGGI](#)
- 20.02.2025** Bollettino Statistico - Attività assicurativa salute (2018-2023) [LEGGI](#)
- 21.02.2025** FWU Life Insurance Lux S.A.: informazioni sulla liquidazione [LEGGI](#)



# OCCHIO ALLE FRODI!

**7 gennaio 2025**

**NOCERA INFERIORE (SA)** - Un notevole numero di falsi sinistri è al centro di una richiesta di processo per 34 persone, in gran parte residenti nell'Agro nocerino. Giorni fa, il Gip del Tribunale di Nocera Inferiore ha disposto la trasmissione degli atti a Milano, vista la competenza territoriale. Al centro dei presunti raggiri c'è infatti un poliziotto di San Valentino Torio, D.V., in servizio all'ufficio Prevenzione della Questura di Milano e presso il commissariato di Quarto Oggiaro. Oltre che di associazione a delinquere (contestata ad altri 9), l'agente è accusato di accesso abusivo a sistema informatico. Entrando – senza autorizzazioni - nella banca dati SDI gestita dal Ministero degli Interni, l'uomo avrebbe raccolto informazioni e dati su veicoli e persone. Una serie di informazioni che sarebbero servite - secondo le accuse della procura di Nocera - ad architettare falsi incidenti per ottenere rimborsi dalle assicurazioni. Sono diverse quelle costitutesi parte civile. Le indagini raccontano di documentazione falsata, rilievi per sinistri stradali mai avvenuti, testimoni fantasma e passeggeri aggiunti solo per rendere credibile le dinamiche. Ancora, in alcuni figurano referti medici alterati (compreso quello di un medico che risultava deceduto) destinati alle compagnie assicurative. Alcuni dei coinvolti, invece, avrebbero messo a disposizione i propri conti correnti sui quali far confluire i soldi dei risarcimenti, oltre a residenze e indirizzi, presso i quali far recapitare la documentazione necessaria. I fatti sono compresi tra gli anni 2013 e 2017. Le accuse ulteriori sono falso ideologico, sostituzione di persona e danneggiamento fraudolento. Le indagini furono condotte dalla polizia di Sarno mentre gli episodi documentati a San Valentino Torio, Cava, Nocera Inferiore, Mercato San Severino ma anche Milano, Bologna e la provincia di Como. Tra i casi che finiranno al vaglio della procura lombarda c'è quello che risale al 2014 e che vede coinvolti 5 imputati. Con una falsa carta di identità, intestata ad una persona mai esistita, il gruppo denunciò un falso incidente stradale a Torre Annunziata. A risultare ferito, mentre era su di una bicicletta, fu l'uomo di Nocera, in realtà mai esistito, se non su documenti creati apposta per farlo figurare in una richiesta di risarcimento di 14mila euro. Una cifra che girò su vari conti correnti, tutti riconducibili agli imputati. L'inchiesta, per il Gip di Nocera, va trasmessa a Milano, luogo dove avvenivano «gli accessi abusivi allo S.D.I». «Esiste una evidente connessione tra il reato di accesso abusivo al sistema informatico aggravato e quello di associazione a delinquere, in quanto gli accessi erano funzionali agli scopi dell'intera associazione, volti a reperire dati ed informazioni da utilizzare per organizzare le frodi assicurative». Una volta trasmessi gli atti, il pm chiederà il processo, anche se per alcuni incombe la prescrizione.

**15 gennaio 2025**

**TRENTO** - Alla prima udienza sul processo relativo a diversi tentativi di truffa assicurativa ai danni di Itas Mutua, il giudice del Tribunale di Trento ha comunicato la decisione di astenersi e di rimettere il procedimento nelle mani del presidente del Tribunale. Gli imputati sono complessivamente 26, accusati in concorso di aver falsificato i documenti relativi a incidenti automobilistici mai avvenuti e di aver addirittura simulato delle lesioni fisiche. Le persone rinviate a giudizio risiedono in 24 casi a Napoli e in altri due in Abruzzo. I fatti risalgono al 2019, quando la compagnia assicurativa con sede a Trento ha rilevato 19 segnalazioni sospette relative ad altrettanti di sinistri stradali avvenuti nella provincia di Napoli, completi delle richieste di rimborso. La compagnia ha quindi avviato le procedure di approfondimento, segnalando il fatto alla Procura di Trento in forza di un apposito protocollo d'intesa per il contrasto alle frodi. Le successive indagini avrebbero permesso di scoprire un sistema di falsificazione dei documenti relativi agli incidenti stradali per riscuotere i premi assicurativi. I tentativi di truffa avrebbero coinvolto anche altre compagnie assicurative. Nel procedimento, la compagnia assicurativa trentina si è costituita parte civile. La data della prossima udienza verrà calendarizzata in relazione alla nuova assegnazione del presidente del Tribunale. A far partire gli accertamenti che sono poi approdati in procura a Trento sono stati degli alert scattati nel settore antifrode della compagnia nei primi mesi del 2019. I nomi dei coinvolti che ritornavano come erano spesso gli stessi anche i mezzi, oltre ad altre precedenti situazioni, hanno portato a bloccare, nella maggior parte dei casi, le richieste di risarcimento. Ed è partita la querela cumulativa. Ma cosa succedeva in base alle indagini della procura? Per l'accusa c'era un accordo fra le persone coinvolte per simulare degli incidenti stradali e quindi chiedere poi risarcimenti per le conseguenze (non patite). C'erano quindi denunce di tamponamenti, ma anche di investimento di pedoni. A volte a pagare le (finte) conseguenze dell'urto contro un'auto o una motocicletta erano dei ciclisti. In altri casi il risarcimento veniva richiesto per la persona che veniva trasportata. In nessun caso c'era l'intervento da parte delle forze dell'ordine e mai lo scontro è avvenuto a favore di telecamera (quelle deputate al controllo del territorio). Si ipotizza un danno per la compagnia di decine di migliaia di euro. Che ora si è trasformato in un atto di accusa.



# OCCHIO ALLE FRODI!

## 20 gennaio 2025

**NOCERA INFERIORE (SA)** - Dodici incidenti stradali ritenuti del tutto falsi, ideati con l'obiettivo di ottenere un indennizzo dalle compagnie assicurative, sono al centro di un'inchiesta della procura di Milano. In 52 rischiano il processo. Tra gli imputati - sulla cui posizione deciderà il giudice in udienza predibattimentale - ci sono anche tre avvocati e tre medici, residenti tra le province di Salerno e Napoli. L'inchiesta è stata condotta dalla procura milanese, diventata competente in quanto la parte offesa, la Axa Assicurazioni, ha sede proprio nel capoluogo lombardo. I falsi sinistri, invece, furono denunciati nell'Agro nocerino sarnese, in particolare nei comuni di Pagani (in prevalenza), Nocera Inferiore, Sarno, Castel San Giorgio, Baronissi e Mercato San Severino. La procura ritiene che nessuno dei sinistri si sia realmente verificato. I fatti vanno dal 2018 al 2021. Buona parte delle richieste di indennizzo furono fatte da un avvocato di Pagani, indagato insieme ad altri per danneggiamento fraudolento in concorso. Ci sono diverse circostanze che gli investigatori hanno appuntato, studiando gli incidenti insieme alla compagnia assicurativa che, con la sua denuncia, aveva fatto partire l'indagine. E cioè, il ripetersi della stessa strada nella quale avvenivano i tamponamenti, il numero sempre elevato di persone coinvolte - dalle 4 alle 6 - così come i danni riportati dai feriti, che il più delle volte erano diversi rispetto ai referti medici rilasciati dagli ospedali. E ancora, il sospetto che a rilasciare i certificati medici per lesioni personali fosse sempre lo stesso studio radiologico, per molti casi localizzato nella città di Salerno. Tra le persone denunciate a piede libero e poi raggiunte dall'avviso di garanzia ci sono anche altri due avvocati, di Nocera Inferiore e Cava de' Tirreni, insieme a tre medici di Salerno, Battipaglia e Napoli. Tra gli episodi maggiormente sospetti e ricostruiti dagli inquirenti, c'è l'incidente che coinvolse almeno quattro persone (con avvocato e medico indagati in aggiunta) a Mercato San Severino, il 9 maggio del 2019. L'avvocato denunciò un incidente stradale, con richiesta di indennizzo, dopo che una Ford Fiesta tamponò una bicicletta, sulla quale non c'era il proprietario ma un amico. Quest'ultimo sarebbe finito contro un muro, a seguito dell'impatto. Le anomalie: chi era alla guida dell'auto non consentì la visione del proprio mezzo mentre il ferito in bicicletta, dopo due mesi, allegò una diagnosi di "fratture inedite" che erano del tutto assenti nel referto di pronto soccorso. Per un altro sinistro, invece, la dinamica viene confermata da un testimone che si ritiene essere falso. In un altro, ancora, il gruppo denunciò un incidente lasciando il conducente dell'auto incidentata come "ignoto". La procura ha citato tutti a processo con citazione diretta. Starà al giudice monocratico decidere, dopo il vaglio degli atti, se avviare o meno il dibattimento.

## 3 febbraio 2025

**FROSINONE** - Noti avvocati, fisioterapisti, carrozzieri, semplici automobilisti: sono 53 le persone finite nell'inchiesta della Procura di Frosinone su un vasto giro di falsi incidenti per intascare i soldi delle assicurazioni. Lunedì inizieranno gli interrogatori davanti al Gip del Tribunale dopo che il Pm, Samuel Amari, ha richiesto ben otto misure cautelari che (secondo la recente riforma Nordio) potranno essere applicate solo dopo le deposizioni davanti al giudice. L'inchiesta, per associazione a delinquere finalizzata alla truffa, è scattata dopo il suicidio di Andrea Dini, uno dei più conosciuti avvocati di Frosinone, noto soprattutto negli ambienti assicurativi. Era la sera del 18 luglio del 2023 e il legale si gettò dalla finestra del suo studio, in piazza Caduti di via Fani. La polizia intuì subito che dietro quel suicidio si nascondevano pratiche e affari poco chiari. E' nata così (oltre quella legata al suicidio) un'inchiesta parallela che ora è sfociata nel coinvolgimento di ben quattro noti avvocati: Alessandro Petricca, Fabio Fascetti, Diego Eugenio Bracaglia e Vittorio Vecchione, tutti di Frosinone. Coinvolti anche i fisioterapisti Umberto Colapietro di Ceccano e Raffaele Gianfranco Di Palma di Frosinone. Secondo la Procura nel capoluogo ciociaro si era consolidato un gruppo di professionisti che avevano costituito una rete ben collaudata per frodare le compagnie assicurative. Il modo era semplicissimo: denunciare falsi incidenti (a volte con la complicità di testimoni compiacenti) o ad ingigantire l'entità dei sinistri grazie alla complicità di due ortopedici (al momento indagati) che stilavano referti a dir poco "benevoli". La polizia, già allertata dalle segnalazioni di un paio di compagnie assicurative, ha così avviato una serie di intercettazioni telefoniche e, al tempo stesso, ha raccolto una nutrita documentazione medica che era alla base delle richieste del risarcimento dei danni subiti dagli automobilisti. Secondo le indagini della polizia sarebbero stati proprio gli avvocati ad indirizzare i loro clienti presso gli studi dei fisioterapisti che certificavano le cure per i presunti traumi riportati negli incidenti stradali. Per questo la Procura ha avanzato per otto indagati una richiesta di misura cautelare (arresti domiciliari e interdizione professionale). Per effetto delle nuove norme introdotte a tutela delle persone sottoposte a indagini e a rischio di misura restrittiva, è stato fissato, per il 5 febbraio davanti al gip Ida Logoluso del tribunale di Frosinone, l'interrogatorio preventivo. Saranno assistiti dagli avvocati Giuseppe Spaziani e Claudia Padovani. L'inchiesta, che si basa su una documentazione di 5 mila pagine, ha avuto il supporto anche degli uffici antifrode di alcune compagnie assicurative di Frosinone che, da mesi, nutrivano dubbi sulla correttezza di numerose pratiche di risarcimento danni. Nel frattempo, va avanti l'inchiesta sul suicidio dell'avvocato Andrea Dini: era il 18 luglio del 2023 e, verso le 19, dopo aver ricevuto una telefonata mentre era a casa, disse alla moglie che sarebbe uscito e che sarebbe rientrato presto. E invece aprì il suo studio, in piazza Caduti di Fani, e si lanciò nel vuoto. Se incontrò qualcuno, se ebbe un diverbio, se fu minacciato non lo sa nessuno. È un mistero che il legale ha portato via con sé.



# OCCHIO ALLE FRODI!

**14 febbraio 2025**

**S. MARIA CAPUA VETERE (CE)** - Sono quasi 200 le pagine dell'avviso di conclusione delle indagini, firmato dal pubblico ministero della procura della Repubblica di Santa Maria Capua Vetere, Gerardina Cozzolino, e recapitato a 52 degli oltre 500 indagati per la nota vicenda delle truffe assicurative basate su certificati medici falsificati da professionisti compiacenti e corrotti. I reati contestati sono molteplici e riguardano truffa, corruzione, falso ideologico e falso materiale, in particolare in relazione ai certificati medici utilizzati per le frodi. L'inchiesta ha coinvolto alcuni medici, attivi nei pronto soccorso degli ospedali di Maddaloni e Marcanise, nonché avvocati appartenenti ai fori di Santa Maria Capua Vetere e Aversa. Le operazioni fraudolente si sono concentrate soprattutto durante il periodo della pandemia. Oltre ai falsi attestati del pronto soccorso, il sistema illecito comprendeva certificati medici e terapie inesistenti, i cui costi venivano scaricati sulle compagnie assicurative. Tali documenti venivano emessi da strutture mediche fantasma, prive di autorizzazioni, situate principalmente ad Aversa e nell'area dell'agro Aversano. Ora, gli indagati hanno 20 giorni di tempo per chiedere di essere interrogati, presentare memorie difensive o fornire elementi a propria discolora. Trascorso tale termine, il pubblico ministero potrà chiedere il rinvio a giudizio, una prospettiva che appare altamente probabile.

## I Nomi

I destinatari dell'avviso di conclusione delle indagini: Giulio Puzzi, Carmine D'Aniello, Gennaro Rondinone, Emilio Baldascino, Antonio Letizia, Flavia Davide, Patrizia Intorto, Raffaella D'Aniello, Emilio Acunzo, Gianluca Di Sarno, Antonio Abatiello, Adriana Mottola, Patrizia Rubino, Antonio Paolo Caterino, Carmine De Simone, Gianluca Piazza, Domenico Fiorito, Salvatore Salvemini, Angelo Palmiero, Gianni Russo, Guglielmo Di Sarno, Antonietta Dello Margio, Raffaele Biello, Vincenzo Campanile, Fortunata Caterino, Giovanni Cimmino, Andrea Cipullo, Olimpio Costantino, Luciano Cremona, Mario D'Angelo, Giuseppe De Santis, Antonio Del Vecchio, Michele Del Vecchio, Mario Di Puerto, Luigi Fantarella, Angelo Ferraro, Paolo Franco, Giovanni Goglia, Antimo Iuliano, Francesco Antonio Landolfi, Raffaele Marrandino, Mariangela Masella, Francesco Mercandante, Massimiliano Pagano, Fabio Pirozzi, Alessandro Piscitelli, Antonio Russo, Francesco Russo, Raffaele Santangelo, Alfredo Taliento, Esterina Tavoletta, Elio Trombetti D'Orta, Luigi Varone. Sono di San Cipriano d'Aversa, Casal di Principe, Lusciano, Capodrise, Castel Volturno, Caserta, San Marcellino, Napoli, Casavatore, San Nicola La Strada, Santa Maria Capua Vetere, Marcanise, Afragola, Giugliano, Anzola (BO), Maddaloni, San Marco Evangelista, Santa Maria A Vico, Capua.

**14 febbraio 2025**

**TORINO** - Un uomo di 45 anni, residente in provincia di Napoli, è stato recentemente condannato dalla Corte d'Appello di Torino a dieci mesi di carcere per frode assicurativa. La sentenza, che conferma il verdetto di primo grado del 9 ottobre 2023, si aggiunge a una serie di condanne precedenti. L'accusa è di aver simulato un incidente stradale, un reato che ha portato alla luce un'incredibile serie di altri 104 incidenti denunciati tra il 2001 e il 2019. Il caso specifico che ha portato alla condanna riguarda un presunto incidente avvenuto il 18 dicembre 2019 a Portici, in provincia di Napoli. L'uomo aveva denunciato di essere stato tamponato da un autocarro in retromarcia mentre la sua auto era parcheggiata. La richiesta di risarcimento era stata inviata tramite un'attività in franchising intestata alla moglie. L'assicurazione, insospettita dalla frequenza delle denunce, ha avviato un controllo a campione rivelando che l'incidente non è mai avvenuto. Durante le indagini la proprietaria dell'autocarro ha dichiarato che quel giorno non ha mai mosso il mezzo dal parcheggio.

E' emerso che l'uomo aveva coinvolto varie compagnie assicurative in oltre 100 presunti incidenti stradali in meno di vent'anni. La compagnia assicurativa, con sede legale a Torino, si è costituita parte civile nel processo, chiedendo un risarcimento per i danni subiti.

Durante il processo, è stata ipotizzata anche la complicità della moglie dell'imputato. Tuttavia, sia il tribunale che la corte d'appello hanno stabilito che la donna non ha commesso alcun reato. L'uomo, invece, è stato condannato senza possibilità di sospensione della pena, poiché la condanna si somma a quelle precedenti.



# OCCHIO ALLE FRODI!

## 24 febbraio 2025

**CERIGNOLA (FG)** - Si sono protratte per sette ore le perquisizioni avvenute a Cerignola, ai danni di medici e di due avvocati che sarebbero parte di una più ampia rete interprovinciale dedita all'organizzazione di falsi sinistri stradali e false attestazioni sanitarie.

Sul posto sono giunti i carabinieri e due pubblici ministeri, considerato che l'indagine è condotta dalla Procura di Trani.

Oltre ai cerignolani, infatti, da quanto è trapelato, sarebbero più di una ventina gli indagati nell'inchiesta che vuole fare luce su fatti che avrebbero come epicentro proprio la Bat e conseguenti ramificazioni anche in Provincia di Foggia e, appunto, nella Città di Cerignola.

Il giro di "falsi sinistri" avrebbe provocato ingiusti guadagni non solo ai professionisti che sarebbero implicati nell'inchiesta, e la cui posizione è ora al vaglio dei magistrati, ma anche a quei privati cittadini che in maniera diretta avrebbero percepito denaro sulla base di dichiarazioni fasulle o quantomeno controverse.

Non è escluso che l'indagine possa ulteriormente ampliarsi andando a toccare altre figure di spicco locali e non.

Per quanto riguarda fatti criminosi, la provincia di Bat e Cerignola confermano, ancora una volta, di conservare quel legame descritto in più occasioni nelle relazioni semestrali della Dia.

## 26 febbraio 2025

**TRANI (BT)** - Aperta un'inchiesta dalla Procura di Trani che ha portato alla luce un sistema di truffe ai danni delle compagnie assicurative basato su falsi incidenti stradali avvenuti tra il settembre 2021 e il gennaio 2025.

23 sono gli indagati, tra cui figurano anche un carabiniere (non più in servizio nella Bat) e due medici, oltre a vari liquidatori, accusati di aver contribuito ad orchestrare la frode. L'operazione, che ha coinvolto le città di Andria, Canosa e Cerignola, ha smascherato un'organizzazione ben strutturata, capace di generare ingenti guadagni illeciti. Le compagnie assicurative avrebbero elargito importi che vanno dai 10mila ai 16mila euro. I reati contestati a vario titolo agli indagati sono di falso ideologico e favoreggiamento. Gli investigatori hanno sequestrato il materiale informatico in loro possesso e stanno raccogliendo prove e testimonianze volte all'emissione di diversi provvedimenti giudiziari e a verificare il coinvolgimento di altri soggetti nella vicenda.

Le autorità hanno ribadito l'importanza di contrastare queste frodi che, oltre a danneggiare le compagnie assicurative, si ripercuotono sugli onesti cittadini, causando un aumento dei premi assicurativi. L'inchiesta prosegue per assicurare alla giustizia tutti i responsabili di questa rete criminale.

## 27 febbraio 2025

**TARANTO** - I soldi dei risarcimenti delle compagnie assicurative transitavano dai conti correnti aperti a nome di defunti. Anche un impiegato delle poste e due avvocati, nell'ultima inchiesta della procura tarantina sui falsi sinistri. Sono infatti 8 le persone indagate, e tra queste 6 manduriani, a cui il pubblico ministero Raffaele Graziano ha notificato l'avviso di conclusione delle indagini. Il provvedimento è l'epilogo delle investigazioni della sezione di polizia giudiziaria della Polstrada di Taranto che avrebbe messo in luce fino al maggio 2024 falsi incidenti stradali. Nelle carte, in particolare, si ritrova un episodio legato ad un sinistro denunciato a San Pietro in Bevagna che aveva visto coinvolte due auto e 4 persone. Secondo la ricostruzione degli inquirenti, i due avvocati, un 51enne e un 47enne, avevano mandato avanti le pratiche alle rispettive compagnie assicurative dei due intestatari dei veicoli coinvolti e nella denuncia per ottenere l'indennizzo, secondo il pm Graziano, i due professionisti avevano allegato anche «false dichiarazioni» di un testimone, per velocizzare la pratica di rimborso e ottenere così il denaro.





# UNO SGUARDO AL CODICE

## **NUOVE DIRETTIVE ESG E NUOVI PROFILI DI RESPONSABILITA'**

Il 10 settembre 2024 è stato pubblicato, entrando in vigore poi il 25 settembre 2024, il D.Lgs. 125/2024, ossia il decreto di recepimento della nuova Direttiva 2022/2464, c.d. Corporate Sustainability Reporting Directive ("CSRD"), in materia di rendicontazione di sostenibilità aziendale.

La CSRD ha modificato radicalmente la precedente disciplina in tema di rendicontazione non finanziaria dettata dalla Direttiva 2014/95 (c.d. Non Financial Reporting Directive), recepita in Italia dal D.Lgs. 254/2016. In particolare, la CSRD si pone l'obiettivo di promuovere la trasparenza e la divulgazione di informazioni da parte delle imprese, con particolare riferimento agli impatti ambientali, sociali e di governance (ESG) delle loro attività, mediante la previsione di obblighi rinforzati di informativa con standard di rendicontazione identificati direttamente dalla Commissione Europea. Di conseguenza, il D.Lgs. 125/2024 introduce nuovi obblighi di legge in merito alla rendicontazione di sostenibilità individuale e consolidata.

La nuova disciplina, anzitutto, si applica principalmente alle società di grandi dimensioni, alle piccole e medie imprese quotate e ad alcune categorie di enti finanziari, con eccezioni previste per le microimprese e altri soggetti specifici (artt. 1 e 2).

## **LA CONTROVERSA NATURA GIURIDICA DELLE POLIZZE FIDEIUSSORIE**

In tema di cauzioni negli appalti pubblici il D.lgs. n. 36/2023 (nuovo codice dei contratti pubblici) prevede che l'appaltatore, ai sensi degli artt. 106 e 117 del codice, debba rilasciare garanzie sotto forma di cauzioni oppure fideiussioni, che possono essere emesse da imprese bancarie o assicurative in qualità di garanti.

Le garanzie fideiussorie e le polizze assicurative previste dal nuovo codice dei contratti pubblici devono essere conformi agli schemi tipo approvati con decreto del Ministro delle imprese e del made in Italy di concerto con il Ministro delle infrastrutture e dei trasporti e con il Ministro dell'economia e delle finanze (art. 117, comma 12, D.lgs. n. 36/2023).

In altri termini, i testi delle garanzie fideiussorie adottati ai sensi del codice degli appalti devono essere conformi ai modelli (c.d. schemi-tipo) emanati a livello ministeriale. Tuttavia, in assenza di nuovi interventi correttivi, ad oggi, il richiamo continua ad essere quello agli schemi-tipo approvati con il decreto ministeriale n. 193 del 16 settembre 2022.

# GESEA NEWS

## FOCUS

### **Il ruolo delle prove nei Procedimenti Civili: il caso della Sentenza n. 8865/2024 del 17.10.2024**

Nel contesto giudiziario italiano, la valutazione delle prove riveste un ruolo cruciale nella decisione finale dei Procedimenti Civili. Un caso emblematico in tal senso è rappresentato dalla recente sentenza n. 8865/2024 del 17.10.2024 del Tribunale di Napoli, che ha rigettato l'appello di una Parte attrice in una causa risarcitoria legata a un sinistro stradale. Nel dettaglio, la recente pronuncia della Suprema Corte di Cassazione penale si è espressa sulla piena valenza della prova stabilendo che "I tabulati riportati nella scatola nera di un veicolo sono prove documentali acquisibili al fascicolo dibattimentale" (Cassazione penale sez. II, 21/01/2021, n.5415) avallando il giudizio dei giudici di merito che su tali dati hanno fondato il giudizio di colpevolezza per il reato dell'art 642 cp (denuncia di falso sinistro alla compagnia di assicurazione).

#### **La vicenda giudiziaria**

Il caso trae origine da un incidente avvenuto il 26 gennaio 2018 a Napoli, in cui due autovetture sono rimaste coinvolte in una collisione. La Parte attrice, sostenendo la responsabilità dell'altra Parte, ha richiesto un risarcimento danni. Tuttavia, il giudice di primo grado ha rigettato la domanda per insufficienza di prove, decisione poi confermata in appello.

#### **La valutazione delle prove**

Uno degli elementi centrali della sentenza è stato il principio dell'onere della prova, che grava sulla parte attrice. Il giudice ha riscontrato numerose lacune nelle dichiarazioni testimoniali, le quali risultavano poco attendibili per incongruenze temporali e per la mancata identificazione precisa del conducente del veicolo convenuto.

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](mailto: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 d'internazionale e non si ritiene responsabile qualora fatti, nomi, dati ed eventi possano poi non corrispondere alla realtà.*





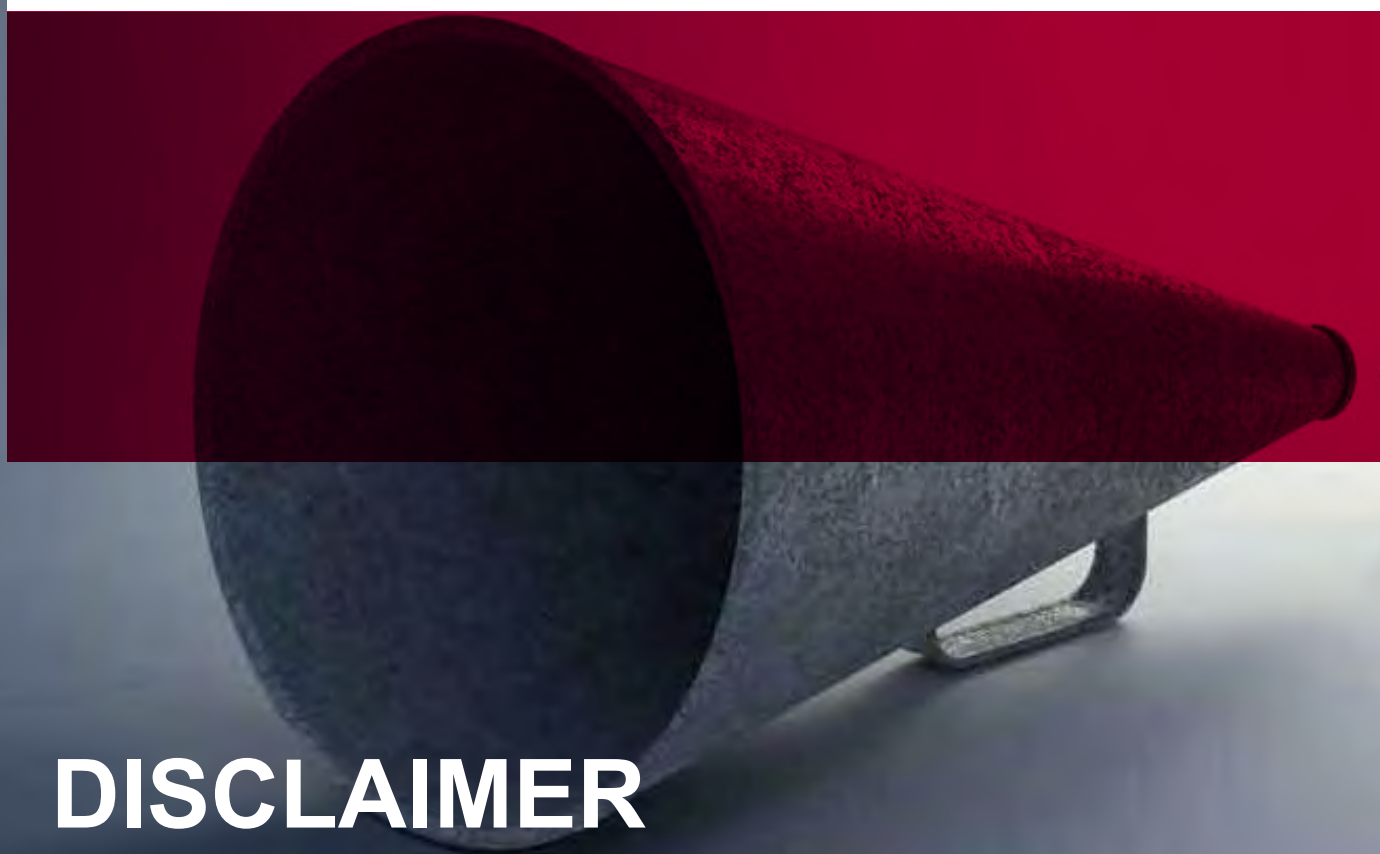
# L'ANGOLO DI MARCO CONTINI

## *Insurance Business Advisor*

### **Insurtech ed Assicurazioni: l'avversione al rischio non porta mai alla scelta migliore**

Siamo nel 2021. Torniamo indietro nel tempo di 3 anni. Bastò la pubblicazione di un Report di GlobalData che annunciava come gli investimenti nell'Insurtech nel 2021 fossero calati del 79,8% con relativa diminuzione di posti di lavoro a decretare, secondo alcuni, il definitivo De Profundis sulla applicazione della tecnologia al settore delle assicurazioni. Per alcuni osservatori ed attori dell'Insurance è risultato facile, ma altrettanto molto superficiale, affermare che avere investito (ingenti) risorse finanziarie sull'innovazione tecnologica sia stato un grossolano errore di distrazione, con rischi sulla stabilità finanziaria delle società e, cosa ancor peggiore, secondo il mio punto di osservazione e valutazione le ulteriori affermazioni su un recente sondaggio, sempre di GlobalData, tra manager (non citati come fonte) assicurativi dove per un 20% la blockchain applicata al settore insurance è semplicemente un fenomeno gonfiato da media e analisti. I dubbi sulla reale applicabilità industriale di questa tecnologia sono aumentati a seguito della chiusura di **B3I Service**, società nata per studiare e sviluppare soluzioni basate su blockchain per il settore assicurativo. Secondo un'indagine sui trend delle tecnologie emergenti del secondo trimestre del 2022 effettuata da Global Data, la blockchain viene ritenuta priva di casi d'uso reali da parte dei dirigenti assicurativi. E ad oggi ancor più la crisi di Wefox e di molte piattaforme tecnologiche insurtech può far pensare che la tecnologia sia da rifuggire in ambiente assicurativo. Un ulteriore 20,7% degli intervistati ha risposto "non lo so" quando gli è stato chiesto della reale applicazione della blockchain al settore. Segno che esiste un livello significativo di incomprensione riguardo alla tecnologia. Bene, affermare che solo per questo anche la blockchain possa considerarsi inutile o quantomeno deleteria per il business assicurativo è la ulteriore dimostrazione della enorme superficialità con cui si sta trattando questo argomento con tutti i rischi che questo comporta a livello di informazione. Associare la blockchain in assicurazione alle Criptovalute, leggasi Bitcoin, è ancora l'errore che molti fanno che con la caduta del settore delle monete elettroniche e le inchieste recenti su truffe in tale ambito hanno creato una completa confusione nel settore. Perché quindi questa avversione e resistenza nel mondo assicurativo a questo cambiamento? Perché vengono rilevate, parlando di Startup Insurtech assicurative solo le negatività e non vengono mai evidenziate le positività? Nel marzo del 2022 scrivevo: "Il mercato sembra adesso giudicare in maniera diversa le medesime società che in fase di Ipo aveva premiato con rialzi a due cifre (Lemonade che oggi vale circa 18 dollari, per fare un esempio è arrivata ad un massimo di 145 dollari il 1 Gennaio 2021 per una capitalizzazione di 14 miliardi di dollari) e che oggi punisce a fronte di quegli stessi risultati "negativi" che prima premiava come asset prezioso." Può essere cambiato l'atteggiamento verso queste società Insurtech? È crollata la fiducia nelle stesse non ritenendole capaci di generare dei risultati positivi in materia assicurativa? È una sfiducia sul modello di business o forse è un messaggio degli investitori verso queste società che denota i ritardi a realizzare utili su quegli investimenti su cui le stesse avevano promesso elevati ritorni in utili e dividendi? Certo è che prima o poi il mercato chiede risultati e tradirne la fiducia porta a queste situazioni. Ciò che non deve accadere però è generalizzare e, soprattutto in materia assicurativa, di per sé molto tradizionale e tesa al mantenimento dello status quo e non sempre pronta al cambiamento, affermare che gli attuali risultati dei principali player, molto negativi se valutati sul crollo delle quotazioni debbano condizionare le prossime Ipo in Borsa o le prossime società che si sono presentate o si presenteranno sui nostri mercati, anche in Italia. Oppure nemmeno non pensare che le stesse società possano, modificando le loro prestazioni, poter recuperare i livelli di capitalizzazione del passato. Vero che il passato deve essere preso sempre come esempio per i nuovi attori per evitare errori, se ve ne sono, che possano danneggiare il loro business così come appare evidente che nel business assicurativo la tecnologia e l'innovazione va calata in maniera graduale e intelligente. Come avevamo già scritto in assicurazione non si potranno mai automatizzare tutti i processi e rendere la gestione di una Compagnia assicurativa totalmente scevra dall'intervento umano, specie sulla distribuzione di alcuni prodotti e sulla consulenza tesa alla loro vendita anche se, dall'altro lato, non si potrà prescindere da un radicale cambio di mentalità che possa modernizzare un settore ancorato ad un passato apparentemente sicuro ma ormai vecchio e inefficiente." Ovviamente la attuale congiuntura geopolitica, l'aumento del costo della energia, l'inflazione e la possibile, quanto mai certa recessione di tutti i mercati internazionali legati poi all'aumento dei tassi di interesse andrà ad influenzare necessariamente, anche in questo 2025 gli investimenti in quantità e soprattutto qualità, ma quello che è certo che il fenomeno della tecnologizzazione dei processi assicurativi e la loro trasformazione non muterà, potrà rallentare ma non fermarsi. L'insurtech è infatti un fenomeno molto più rilevante di quanto normalmente evidenziato e non riconducibile esclusivamente ai progetti delle startup. È da tempo che le compagnie analizzano il fenomeno dell'Insurtech e, solamente nel 2023 e ancor di più nel 2024, hanno investito in tecnologia oltre 200 milioni di euro in progetti di Innovazione e Ricerca e Sviluppo, a fronte dei circa 12 milioni di euro raccolti dalle startup del settore. Questo dato italiano, correlato con la notizia del calo degli investimenti globalizzato a livello internazionale, deve far pensare e riflettere. Il percorso di evoluzione avviato, quindi, non si è arrestato per nulla e continuerà a valorizzare le soluzioni insurtech ma rimane, come già detto, ribadire le caratteristiche uniche del settore assicurativo, e cioè il soddisfacimento di servizi di bisogni primari in presenza di limitate occasioni di contatto con la clientela e che si verificano in contesti del tutto particolari, con complessità nella costruzione delle offerte (dovute a selezione avversa e azzardo morale) in un contesto di mercato di domanda (Auto) e offerta (Protezione, Risparmio) e elevatissima regolamentazione. Sono proprio queste caratteristiche del settore assicurativo che mettono gli operatori assicurativi Insurtech in maggiore difficoltà, quando decidono di porsi come operatori assicurativi del tutto completi. Quindi non solo tecnologia ma competenze tecniche e capacità manageriali nel giusto mix. L'innovazione tecnologica, infatti, senza le giuste expertise assicurative (come ribadito più volte da qui i cattivi andamenti di Lemonade e Metromail) non basta a garantire modelli adeguati e tecnicamente sostenibili e il valore di mercato di questi operatori, a maggiore ragione del delicato contesto economico, ne ha risentito con riduzioni, in alcuni casi, del 95% rispetto alle valutazioni originarie. E nel contempo sono cambiate le metriche temporali di attesa dei risultati e degli utili: oggi gli investitori non è vero che non investono più nell'Insurtech è che spingono le società ad accelerare il risultato. È quindi di primaria importanza che le compagnie tradizionali abbiano un ruolo di guida dei percorsi di innovazione, continuando a guardare al mondo dell'insurtech come un valido partner in grado di offrire un profondo e veloce accesso alle nuove tecnologie per creare, anche, nuovi prodotti e servizi, mettendo assieme il pragmatismo, la competenza e la conoscenza richieste dalle peculiari caratteristiche del settore con la creatività, le idee e l'innovazione portata dalle nuove tecnologie. Per questo direi che demonizzare l'Insurtech, la blockchain, la tecnologia in genere ritenendola cannibale nei confronti del business tradizionale è uno dei peggiori errori che, chi la pensa così, può fare. L'avversione al rischio non porta mai e poi mai, alla scelta migliore. Il primo passo concreto verso il cambiamento si realizza nell'istante in cui si capisce che un cambiamento è necessario. Solo da questa convinzione potrà, poi, avviarsi il processo di innovazione, miglioramento e sviluppo volto a superare gli errori del passato e ad instaurare nuove pratiche e abitudini e a ridurre quei limiti cognitivi che, tanto spesso, sviano i nostri giudizi e influenzano negativamente le nostre decisioni. E questo vale sia a livello personale che organizzativo, sia sul piano individuale che su quello collettivo. Ma una volta compiuto il primo passo il cammino verso l'effettivo cambiamento sarà solo all'inizio. Il passo successivo, necessario e complicato quanto il primo, riguarda la disponibilità concreta a cambiare. Non basta, infatti, sapere e capire che vi è qualcosa che non va nei nostri modi di fare e di valutare o nei nostri processi decisionali all'interno e nelle nostre organizzazioni; ciò è necessario ma non sufficiente; occorre, infatti, anche predisporre fattivamente a cambiare le cose. Bisogna agire. Mettersi in gioco in questo senso può essere molto complicato, perché, innanzitutto, significa ammettere di aver sbagliato nel passato. E ammettere i nostri errori a noi stessi e agli altri non è mai semplice. L'ostacolo principale, in questa fase, deriva da un misto di avversione al rischio, di amore e fidelizzazione per lo status quo e il prediligere per ciò che produce risultati certi rispetto a ciò che ci pone di fronte all'incerto. L'amore per lo status quo può essere una trappola. Trappola dove molti sono impigliati e non ne vogliono o possono uscire. E, concludendo, per tutti coloro che nell'Insurance sono ancora scettici sulla tecnologia, sull'Insurtech e sulla capacità di innovazione consiglio di leggere il libro scritto da un certo Marc Randolph, quando il 29 Agosto 1997 a fronte della presentazione di una idea a degli investitori gli fu detto " Non funzionerà mai! Scordatelo" Quel giorno nacque Netflix

# 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 11 BIMESTRE 3 GENNAIO - FEBBRAIO 2025**

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](http://www.geseagroup.com)**  
[info@geseagroup.com](mailto:info@geseagroup.com)  
[gesea@pec.geseagroup.com](mailto:gesea@pec.geseagroup.com)

