

**PIANO ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA
TRIENNIO 2024-2026**

Approvato in data 30/12/2023	Prima emissione
Approvato in data 30/12/2024	Revisione 01

Sommario

Parte Prima	2
Premessa	2
Costituzione, finalità e governance di Fondazione Brescia Solidale Onlus	2
Il processo di elaborazione del PTPCT: obiettivi, ruoli e responsabilità	3
Metodologia di analisi e valutazione dei rischi utilizzata per il PTPCT	4
Identificazione dell'evento rischioso	4
Analisi del rischio	4
Valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio	5
Analisi del contesto esterno	5
Analisi del contesto interno: mappatura delle attività e individuazione del rischio	6
Valutazione del rischio: assessment degli eventi rischiosi e individuazione categorie comportamenti a rischio	7
Valutazione del rischio: mappatura dei processi	9
Parte Seconda	10
Trattamento del rischio: identificazione e programmazione delle misure di prevenzione	10
Misure generali	10
Misure specifiche	11
Ulteriori misure di prevenzione della corruzione	11
Controlli interni, poteri di spesa	11
Controlli interni, rapporti con gli enti esterni di vigilanza	12
Procedura di whistleblowing	12
Parte Terza	13
Trasparenza e accesso civico	13
Centrale unica di committenza	13
Criteri ambientali minimi	13
Disposizioni finali	14
Regime sanzionatorio	14

Parte Prima

Premessa

La legge 6 novembre 2012, n. 190, recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”, che ha introdotto nel nostro ordinamento giuridico una prima organica disciplina normativa volta ad attuare una strategia di prevenzione della corruzione, ha previsto un doppio livello di interventi contestuali e sinergici. A livello centrale, è stato introdotto uno strumento innovativo, il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), la cui elaborazione era originariamente affidata al Dipartimento della Funzione Pubblica, con la successiva approvazione dell’allora CIVIT (Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l’Integrità delle Amministrazioni Pubbliche). Tale documento è stato concepito come uno strumento duttile e snello, in cui recepire a livello nazionale gli indirizzi e gli strumenti più efficaci per la prevenzione della corruzione nelle pubbliche amministrazioni e negli enti privati da esse controllati. Il PNA, approvato, per la prima volta, con delibera CIVIT 11 settembre 2013, n. 72, costituisce a tutt’oggi il punto di riferimento per le singole amministrazioni che lo utilizzano per la redazione e l’attuazione, del proprio piano anticorruzione, che deve essere concepito e calibrato in base allo specifico contesto funzionale ed operativo dell’ente ad aggiornato sulla base di un costante monitoraggio dell’efficacia e dei risultati dello stesso. Con determinazione n. 831 del 3 agosto 2016, l’ANAC ha poi approvato il PNA 2016, in forza delle nuove funzioni ad essa affidate dal decreto legge n. 90 del 2014, convertito con modificazioni dalla legge 11 agosto 2014, n. 114.

In data 19 dicembre 2023, l’ANAC – Autorità Nazionale Anticorruzione- ha approvato definitivamente, con Delibera n. 605, l’aggiornamento 2022 al Piano Nazionale Anticorruzione per fornire solo limitati chiarimenti e modifiche al fine di introdurre, ove necessario, riferimenti alle disposizioni del nuovo Codice dei Contratti (D.lgs 36/2023) entrato in vigore il 1° luglio 2023.

Il presente Piano Triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza - triennio 2024-2026 - si colloca in una linea di continuità con i precedenti e di allineamento alle prescrizioni contenute nel PNA 2022. Nell’elaborazione della strategia di prevenzione della corruzione per il triennio 2024-2026 si è tenuto conto di 4 fattori che influenzano le scelte di un ente:

- la mission istituzionale della Fondazione;
- la sua struttura organizzativa e l’articolazione funzionale;
- la metodologia utilizzata nello svolgimento del processo di gestione del rischio;
- le modalità di effettuazione del monitoraggio.

Il PTPCT si articola in tre parti:

- Parte I dedicata alle modalità di svolgimento del processo di gestione del rischio;
- Parte II sulla programmazione delle attività attuative delle misure di carattere generale;
- Parte III riguardante la misura della trasparenza.

Il Piano è destinato a dipendenti e collaboratori che prestano servizio presso Fondazione Brescia Solidale Onlus.

Costituzione, finalità e governance di Fondazione Brescia Solidale Onlus

Fondazione Brescia Solidale Onlus è un ente di diritto privato senza scopo di lucro istituito dal Consiglio Comunale di Brescia nel dicembre 2006 ed operativo dal 1 settembre 2007.

Persegue le proprie finalità di solidarietà sociale attraverso

- la gestione di servizi e strutture destinate all’assistenza e alla cura di persone anziane in condizione di parziale o totale compromissione dell’autonomia personale
- la realizzazione di interventi e servizi orientati a prevenire e rispondere a situazioni di bisogno, di disabilità o disagio sociale
- la promozione di attività di formazione e di promozione culturale funzionali al perseguimento della mission statutaria.

Opera in regime di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione con il Servizio Sanitario Regionale e con l'Amministrazione Comunale di Brescia.

Collabora con organismi pubblici e privati partecipando alla rete organica ed integrata di servizi socio sanitari territoriali al solo fine di perseguire gli scopi sociali e migliorare l'attività di programmazione territoriale dei servizi a favore della popolazione che versa in condizioni di fragilità sanitaria e sociale.

La Fondazione è iscritta al registro Prefettizio con nr. 309 del 13/07/2007 e al Registro nazionale delle Onlus, non persegue fini di lucro e non distribuisce utili.

L'assetto organizzativo della Fondazione, come previsto dallo Statuto, è formulato come segue

Il Consiglio Direttivo

Composto da un minimo di tre componenti sino ad un massimo di cinque, nominati dal Comune di Brescia, dura in carica quattro anni. Ha tutti i poteri per l'ordinaria e la straordinaria amministrazione della Fondazione ed opera deliberando secondo le previsioni e le maggioranze statutarie.

Il Presidente

È l'organo cui spetta la legale rappresentanza della Fondazione. Il Presidente svolge le attività previste dallo Statuto e solo in via d'urgenza compie atti di amministrazione ordinaria e straordinaria senza la preventiva autorizzazione del Consiglio informandone per la ratifica il Consiglio direttivo nella prima seduta utile.

Il Revisore

Nominato dal Consiglio direttivo dura in carica quanto quest'ultimo ed esercita il controllo legale dei conti esercitando le funzioni indicate negli artt. 2403, 2403 bis, 2409 bis e seguenti del codice civile.

Il Direttore

È la figura apicale dell'ente e provvede all'esecuzione delle delibere del Consiglio Direttivo ponendo in essere gli atti necessari a garantire il regolare funzionamento della Fondazione.

Il processo di elaborazione del PTPCT: obiettivi, ruoli e responsabilità

L'obiettivo della strategia anticorruzione è stato quello di elaborare un sistema organico di azioni e misure, idoneo a prevenire il rischio corruttivo nell'ambito di tutti i processi della Fondazione. A tale scopo i vertici della Fondazione, hanno nominato il Responsabile prevenzione corruzione e Trasparenza (RPCT) ai sensi dell'art. 1, comma 7 della Legge 6 novembre 2012, n. 190 e s.m.i. e della Determinazione ANAC n. 1134 del 8/11/2017, nella persona del Revisore, dott. Alberto Papa, il quale ha diretto e coordinato l'intero processo di elaborazione del piano. Il processo ha previsto la partecipazione e la collaborazione di tutti gli uffici risultanti dall'organizzazione, con il fine di rendere più agevole le attività di analisi richieste dall'elaborazione del piano, e beneficiando del supporto nella raccolta delle informazioni da parte degli uffici operanti in seno alle relative aree di competenza. Gli attori principali della strategia di prevenzione della corruzione sono stati in particolare i dipendenti occupati presso gli uffici amministrativi e le figure apicali sanitarie, chiamati a partecipare attivamente alla redazione del piano e tenuti a perseguirne gli obiettivi di trasparenza e di prevenzione, a segnalare eventuali comportamenti illeciti, nonché ad applicare le disposizioni del codice di comportamento adottato da parte della Fondazione.

In merito all'ambito di applicazione della strategia di prevenzione del rischio, i principi generali cui si è deciso di dare attuazione sono stati la completezza, l'analiticità, la flessibilità e la gestibilità.

Il criterio della completezza ha determinato la scelta di mappare e valutare non soltanto le attività (processi/procedimenti) inerenti alle aree di rischio generali, ma la maggior parte delle attività poste in essere dagli Uffici della Fondazione. Pertanto, tenendo conto che il processo di gestione del rischio della corruzione prevede tre macro fasi: analisi del contesto (interno, esterno), valutazione del rischio (identificazione, analisi e ponderazione del rischio) e trattamento del rischio (identificazione e programmazione delle misure di prevenzione), è stata individuata, quale punto di partenza, l'attività di analisi del contesto interno, costituita dalla mappatura dei processi della Fondazione peraltro già effettuata anche ai fini della prevenzione dei reati di cui al D. Lgs 231/01.

Nell'ambito del lavoro di mappatura si è cercato di adottare il criterio della massima analiticità possibile nell'individuazione delle attività di ogni singolo ufficio, al fine di porre in evidenza ogni possibile ambito in cui potessero trovare spazio comportamenti a rischio corruttivo. In attuazione del principio di flessibilità, è stato

chiesto alle singole unità organizzative di adottare, nella individuazione dei processi, il più alto grado di approfondimento previsto dal PNA, scomponendo ciascun "processo" in "attività" al fine di porre in evidenza ogni possibile ambito in cui potessero trovare spazio comportamenti a rischio corruttivo secondo una prospettiva massimamente garantista. L'analisi del rischio, infine, è stata effettuata nel rispetto del principio di gestibilità aggregando ove possibile più procedimenti in un unico processo, anche con l'obiettivo di rendere le schede più fruibili da parte degli utenti. La base di partenza è stata, da un lato, l'attività di ricognizione effettuata dagli uffici nell'ambito del precedente PTPCT e registrata all'interno di una matrice in formato Excel, dall'altro quella svolta in concomitanza dei monitoraggi. È seguita la ponderazione dei rischi, al fine di stabilire le priorità d'intervento ed il trattamento differenziato dei rischi stessi; Il passaggio finale di elaborazione del PTPCT, relativo al trattamento del rischio, ha ricompreso i due momenti dell'identificazione delle misure di prevenzione (generali e specifiche) e della programmazione delle misure individuate, con l'indicazione dei tempi di attuazione e degli indicatori di attuazione.

Metodologia di analisi e valutazione dei rischi utilizzata per il PTPCT

L'attività di valutazione del rischio corruttivo, fino al 2019, è stata effettuata aderendo alle indicazioni previste nel PNA 2013 tenuto conto delle indicazioni di cui al D. Lgs 231/01. Con i PNA 2019 e 2022, l'ANAC ha introdotto una generale rivisitazione della metodologia fornendo nuove indicazioni fondate su una rinnovata attività di valutazione del rischio. La metodologia utilizzata per l'analisi dei rischi di corruzione ai fini della stesura del piano triennale anticorruzione si è basata su un principio di prudenza, privilegiando un sistema di misurazione qualitativo, piuttosto che quantitativo. Si è cercato di concentrare lo sforzo verso la necessaria acquisizione di conoscenze sul contesto ambientale ed operativo delle attività gestite, piuttosto che sulla meccanica applicazione di parametri e formule per il calcolo del rischio. Tale approccio ha posto il responsabile nelle condizioni di dover acquisire un'adeguata consapevolezza della minaccia di corruzione e dei relativi impatti che questa può avere sulla Fondazione, e di conseguenza, sugli stakeholders (cittadini, utenti, operatori economici, sistema Paese nel suo complesso). È evidente che l'adeguato livello di consapevolezza del contesto di minaccia che grava sulla Fondazione costituisce un fondamentale prerequisito per un'efficace attività di contrasto della corruzione.

Identificazione dell'evento rischioso

La fase di valutazione del rischio prevede una preliminare attività di identificazione dei rischi, in relazione alle attività di ciascun processo (step). Per "rischio" o "evento rischioso" si intende l'evento che, in relazione ai processi considerati potrebbe, anche solo potenzialmente, verificarsi. L'identificazione degli eventi rischiosi è stata effettuata prendendo in considerazione il più ampio numero di fonti informative, interne (dati sui procedimenti disciplinari, segnalazioni, report di uffici di controllo, incontri con i responsabili degli uffici e con il personale), ed esterne (casi giudiziari e altri dati ritenuti rilevanti sotto il profilo della loro influenza nel contesto interno). Analizzando i processi mappati, è stata rilevata una serie di eventi rischiosi, rappresentati in una tabella definita "tabella delle categorie di eventi rischiosi", sotto riportata.

Analisi del rischio

L'analisi del rischio è stata effettuata applicando indicatori strumentali alla individuazione di un livello di rischio in base a tre parametri di natura ordinale, di livello progressivamente crescente: basso, medio, alto. In fase di prima applicazione del metodo, sono stati elaborati sei indicatori, ritenuti maggiormente idonei a rilevare il livello di rischio corruttivo. A ciascun indicatore sono stati associati specifici quesiti, le cui risposte hanno portato alla formulazione di un giudizio sintetico sul livello di esposizione al rischio corruttivo delle attività sottoposte ad analisi. Il giudizio, adeguatamente motivato, è stato sintetizzato con uno dei tre parametri valutativi adottati: basso, medio, alto. I risultati così elaborati, sono stati sottoposti al RPCT, giungendo alla definizione del livello di rischiosità definitivo. La tabella che segue riporta gli indicatori considerati e gli elementi in base ai quali è stata svolta la valutazione per ogni singolo processo di interesse.

INDICATORI DEL RISCHIO	QUESITI
Grado di discrezionalità del decisore interno	È un processo/attività/fase/evento rischioso decisionale altamente discrezionale o parzialmente vincolato da atti amministrativi e da leggi
Livello di interesse esterno e impatto economico	Presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo
Complessità del procedimento/processo	Si tratta di un processo/attività/fase/evento rischioso complesso che comporta il coinvolgimento di altre amministrazioni in fasi successive per il conseguimento del risultato
Frazionabilità	Sussiste il rischio di frazionamento della procedura di affidamento (sia in termini quantitativi che in termini temporali), che potrebbe comportare l'elusione della disciplina prevista per le procedure di importo superiore alle soglie di rilevanza comunitaria
Controlli interni	L'attuazione di strumenti di controllo relativi all'evento rischioso neutralizza il rischio
Esercizio della responsabilità	Il processo/attività/evento rischioso è sottoposto ad un esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità da parte di pochi o di un unico soggetto

La rilevazione dei dati e delle informazioni necessarie a esprimere un giudizio motivato sui singoli indicatori è stata coordinata dal RPCT. Le informazioni sono state rilevate attraverso forme di autovalutazione da parte dei responsabili delle unità organizzative coinvolte nello svolgimento del processo (c.d. self assessment) esplicitando la motivazione del giudizio espresso. Le valutazioni sono state supportate da dati oggettivi. Tali dati (per es. i dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari, segnalazioni, ecc.) consentono una valutazione meno autoreferenziale e una stima più accurata, nonché rendono solida la motivazione del giudizio espresso.

Valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio

Partendo dalla misurazione dei singoli indicatori si è giunti ad una valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio. Il valore complessivo ha lo scopo di fornire un giudizio sintetico del livello di rischio associabile all'oggetto di analisi (processo/attività o evento rischioso). La fase di ponderazione è stata svolta in un'ottica di coerenza con le attività di valutazione svolte negli anni precedenti, considerando le misure attuate ed il livello di efficacia rilevata, anche al fine di ulteriori interventi, ove necessario.

Analisi del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha avuto l'obiettivo di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale la Fondazione opera possa favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al suo interno. Ciò in relazione sia al territorio di riferimento, sia a possibili relazioni con portatori di interessi esterni che possono influenzare l'attività, anche con specifico riferimento alle strutture da cui la Fondazione è composta. Così come richiede il PNA, l'analisi del contesto esterno è stata effettuata sulla base delle fonti disponibili più rilevanti ai fini dell'identificazione e dell'analisi dei rischi e, conseguentemente, all'individuazione e programmazione di misure di prevenzione specifica.

Utile comunque ricordare le previsioni statutarie che consentono alla Fondazione di operare non solo su scala locale ma, se utile al perseguimento della propria mission anche su scala regionale e/o nazionale.

L'art. 2 dello Statuto declina le attività che la fondazione può porre in essere:

- a. Gestire servizi strutture affidati dal Comune di Brescia o autonomamente attivati
- b. Collaborare con gli enti locali e con gli altri organismi pubblici e privati interessati, in specie fondazioni, partecipando alla rete organica ed integrata dei servizi socio sanitari sul territorio
- c. Compiere tutte le operazioni immobiliari, mobiliari e finanziarie atte a favorire il raggiungimento degli scopi sociali
- d. Costituire e/o partecipare ad organizzazioni (fondazioni, associazioni, società, consorzi, ecc...) le cui finalità sono compatibili con gli scopi della Fondazione stessa

Sulla base del proprio ambito di intervento l'elenco dei soggetti che ad oggi interagiscono con la Fondazione è il seguente:

- Comune di Brescia
- Regione Lombardia
- Asst Spedali Civili di Brescia
- Ats di Brescia
- Altre amministrazioni locali a carattere regionale
- Fondazione ASM
- Fondazione Cariplo
- Fondazioni cittadine operanti in servizi omogeni al proprio
- Associazioni di categoria di livello locale, regionale, nazionale
- enti filantropici in generale
- Società partecipare dal Comune di Brescia
- Soggetti del Terzo settore operanti nella filiera dei servizi socio sanitari e sociali
- Operatori economici ai sensi del D. Lgs 36/2023
- contraenti appalti di lavori, servizi e forniture

Oltre ai soggetti sopra specificamente individuati, la Fondazione si relaziona, in maniera diffusa, con la pluralità di cittadini, in quanto fruitori di servizi o portatori di bisogno di servizi.

Analisi del contesto interno: mappatura delle attività e individuazione del rischio

Oltre che dagli organi di governance la struttura organizzativa della Fondazione è costituita dalle macro aree riportate nella tabella sottostante.

Per la predisposizione del PTPCT sono state revisionate le mappature dei processi e dei procedimenti, le quali sono state utilizzate dal RPCT durante la fase di analisi delle singole unità operative. La fase di analisi ha visto la collaborazione degli uffici, laddove necessario per raggiungere maggiore analiticità rispetto ai procedimenti, anche per il mezzo di focus group e/o interviste qualitative. La matrice in formato Excel è costituita dai seguenti gruppi di informazioni:

- la descrizione del Macro Processo;
- la scomposizione di ogni Macro Processo in un numero variabile di Azioni (attività/processo), con una sintetica descrizione per ciascuna di esse;
- la descrizione di un possibile evento di rischio corruzione (registro dei rischi) in corrispondenza di ogni singola azione;
- la definizione degli indicatori del livello di esposizione del processo per stimare l'esposizione al rischio;
- il giudizio sintetico relativo alle singole Azioni (attività/processo);
- la descrizione delle misure organizzative volte a ridurre il rischio sulle singole Azioni (attività/processo).

Si è cercato di rappresentare in modo analitico il potenziale comportamento che concretizzi un fenomeno corruttivo, indicando le modalità con cui l'attività corruttiva possa essere messa in atto e le relative finalità. Si è proceduto, quindi, alla misurazione del rischio, utilizzando la metodologia di analisi di cui al precedente

paragrafo 4. Nella matrice Excel, di cui all'Allegato n. 1, è rappresentato l'esito della mappatura delle attività di tutti i processi della Fondazione.

Tabella macro aree

		DIREZIONE GENERALE Chiara Benini			
AREA AMMINISTRATIVA	UFFICIO TECNICO	UNITA D'OFFERTA	AREA RISORSE UMANE	AREA SERVIZI	AREA SANITARIA
S. MASSARDI controllo di gestione responsabile amministrativa	I. REZZOLA responsabile area tecnica; RSPP; amministratore di sistema	L. FIRMO coordinamento RSA Villa Elisa	C. CROSATTI gestione risorse umane stipendi	G. BONZI assistente sociale presidio presa in carico	G. LUSSIGNOLI direttore sanitario
C. ABENI contabile		E. ZANETTI coordinamento RSA ARICI SEGA - CDI Primavera	ME. CONFORTINI gestione risorse umane formazione	I. STELLA assistente sociale presidio presa in carico	S. FRATUS medico struttura
L. MACRI ufficio ospiti		F. SCUTRA coordinamento CRA Arvedi			K. CHERENKOVA medico struttura
M. ZILIANI ufficio acquisti		D. SANFELICI coordinamento CASA Papa			G. GUERRINI medico struttura
		L. FIRMO coordinamento CDI Papa			AM. SCOTUZZI medico struttura
		C. GROLI coordinamento CRA Villa De Asmundis			
		S. BRESCIANI coordinamento BIRD			

Valutazione del rischio: assessment degli eventi rischiosi e individuazione categorie comportamenti a rischio

Ad esito della valutazione di tutti i comportamenti a rischio riportati nelle mappature degli uffici, è emerso che, al di là della specificità delle singole attività, le condotte a rischio più ricorrenti sono riconducibili alle categorie sotto elencate, evidenziando che, mentre talune condotte a rischio possono essere considerate trasversali, ovvero caratterizzare ipoteticamente l'intero procedimento, altre potrebbero assumere forme e manifestazioni diverse a seconda della specifica fase in cui si manifestano. Soffermandoci sulle risultanze dell'assessment condotto sulle mappature effettuate, si riporta la seguente rappresentazione, che è un'ipotesi meramente esemplificativa e, come tale, non comprende tutte le fattispecie individuate, per la cui consultazione puntuale si rimanda alle singole mappature degli uffici. Stante la natura verticistica del sistema decisionale della Fondazione - che come esplicitato nel precedente punto 2 vede la rappresentanza legale generale nella figura del Presidente, sulla base delle decisioni collegialmente prese dal Consiglio Direttivo, eccezion fatta per le specifiche deleghe assegnate al Direttore - si è mantenuta una metodologia "per processi" evitando dunque una visione per compartimenti stagni collegata ai singoli uffici.

Si rilevano possibili condotte a rischio correlate a:

1. alterazione dei tempi in termini di ritardate o addirittura mancate assegnazioni ed avvii dei procedimenti;
2. alterazione dei contenuti e/o della documentazione in generale ovvero uso improprio della discrezionalità nella rappresentazione dell'istruttoria, nella definizione di obiettivi "facilitati" a vantaggio di determinate risorse, nell'elaborazione dei contributi che concorrono alla formazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione;
3. rivelazione di notizie riservate e/o violazione del segreto d'Ufficio a vantaggio di soggetti terzi;
4. alterazione dei contenuti e/o della documentazione in generale ovvero uso improprio della discrezionalità nella rappresentazione dell'istruttoria e/o del rapporto informativo, nella valutazione dell'istanza, nella mancata trasmissione di specifiche richieste agli Uffici interni competenti;
5. alterazione della documentazione per occultare eventuali inadempimenti contrattuali, favorire determinate aziende in sede di programmazione e di scelta di un nuovo servizio o tecnologia;
6. uso improprio della discrezionalità in sede di affidamento, operando scelte in favore di frazionamento in lotti al fine di sottrarre la procedura dalla specifica disciplina che la coinvolgerebbe nel caso in cui il frazionamento non fosse stato attuato;
7. sovrastima del costo degli interventi;
8. alterazione dei dati di bilancio e/o della certificazione del debito informativo dovuto al servizio sanitario regionale
9. mancata verifica della documentazione al fine di eludere specifiche attività di controllo (documenti di rendicontazione, atti di liquidazione, conformità di quanto sviluppato alle specifiche iniziali, etc.);
10. alterazione dei contenuti e/o della documentazione in generale ovvero uso improprio della discrezionalità in termini di scelta di specifici parametri per escludere tipologie di contratti dall'oggetto dell'attività regolatoria, identificazione di regole ed indicatori per favorire determinati soggetti, mancata richiesta di integrazione, modifiche fraudolente, scelta dei prezzi, etc.;
11. alterazione dei contenuti e/o della documentazione in generale, in termini di: esame inadeguato, acquisizione parziale e/o occultamento di elementi conoscitivi, rappresentazione/ricostruzione della fattispecie in modo fuorviante, incompleto e/o infedele.
12. mancanza di trasparenza;
13. eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
14. esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
15. scarsa responsabilizzazione interna;
16. inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi.

Tenuto conto delle evidenze rappresentate, della necessità di declinare opportunamente specifiche fattispecie e, dunque, di considerare - in astratto - tutti i comportamenti a rischio che potrebbero potenzialmente manifestarsi all'interno dell'organizzazione, è possibile individuare sette specifiche condotte rischiose, rappresentate nella tabella che segue, cui potrebbero conseguire "abusi di potere" a favore di un soggetto terzo e/o situazioni di *mala gestio*.

COMPORTAMENTO A RISCHIO		DESCRIZIONE
1	Uso improprio o distorto della discrezionalità	Comportamento attuato mediante l'alterazione di una valutazione, delle evidenze di un'analisi o la ricostruzione infedele o parziale di una circostanza, al fine di distorcere le evidenze e rappresentare il generico evento non già sulla base di elementi oggettivi, ma piuttosto di dati volutamente falsati.
2	Alterazione/manipolazione/utilizzo improprio di informazioni e documentazione	Gestione impropria di informazioni, atti e documenti sia in termini di eventuali omissioni di allegati o parti integranti delle pratiche, sia dei contenuti e dell'importanza dei medesimi.

3	Rivelazione di notizie riservate / violazione del segreto d'Ufficio	Divulgazione di informazioni riservate e/o, per loro natura, protette dal segreto d'Ufficio, per le quali la diffusione non autorizzata, la sottrazione o l'uso indebito costituisce un "incidente di sicurezza".
4	Alterazione dei tempi	Differimento dei tempi di realizzazione di un'attività al fine di posticiparne l'analisi al limite della deadline utile; per contro, velocizzazione dell'operato nel caso in cui l'obiettivo sia quello di facilitare/contrarre i termini di esecuzione.
5	Elusione delle procedure di svolgimento delle attività e di controllo	Omissione delle attività di verifica e controllo, in termini di monitoraggio sull'efficace ed efficiente realizzazione della specifica attività (rispetto dell'aderenza a specifiche tecniche preventivamente definite, della rendicontazione sull'andamento di applicazioni e servizi in generale, dei documenti di liquidazione, etc).
6	Pilotaggio di procedure/attività ai fini della concessione di privilegi/favori	Alterazione delle procedure di valutazione (sia in fase di pianificazione che di affidamento) al fine di privilegiare un determinato soggetto ovvero assicurare il conseguimento indiscriminato di accessi (a dati ed informazioni) e privilegi.
7	Conflitto di interessi	Situazione in cui la responsabilità decisionale è affidata ad un soggetto che ha interessi personali o professionali in conflitto con il principio di imparzialità richiesto contravvenendo quindi a quanto previsto dall'art. 6 bis nella L. 241/1990 secondo cui « Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti procedurali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale».

Valutazione del rischio: mappatura dei processi

AREA RISCHI	DESCRIZIONE RISCHI	VALUTAZIONE
Gestione del personale	Possibilità che comportamenti illeciti si verifichino durante le attività di reclutamento, avanzamento di carriera o gestione generale dei dipendenti	RISCHIO BASSO
Affidamento di servizi, lavori e forniture	Mancanza di trasparenza e concorrenza nell'affidamento di lavori e servizi	RISCHIO ALTO
Richiesta, percezione e gestione dei contributi e finanziamenti agevolati erogati da enti pubblici nazionali e sovranazionali	Mancanza trasparenza nelle procedure di richiesta di concessione di contributi e benefici	RISCHIO BASSO
Gestione dei rapporti con enti pubblici competenti per l'ottenimento di provvedimenti amministrativi necessari per l'avvio delle fasi di realizzazione di opere	Possibilità di comportamenti illeciti da parte del personale	RISCHIO BASSO
Gestione dei rapporti con gli enti pubblici competenti per l'espletamento	Possibilità di comportamenti illeciti da parte del personale	RISCHIO BASSO

degli adempimenti necessario per lo svolgimento dell'attività		
Affari legali e contenzioso	Mancanza di trasparenza, conflitto di interessi, comportamenti illeciti e favoritismi	RISCHIO BASSO
Gestione dei rapporti con gli organi di controllo	Si manifesta quando le strutture preposte alla vigilanza sono a loro volta soggette a pressioni illecite	RISCHIO BASSO
Gestione sistema informatico	Violazione, perdita o danneggiamento di dati e sistemi informatici dovuta a azioni dolose o accidentali	RISCHIO BASSO
Adempimenti in materia di sicurezza nell'ambiente di lavoro	Inerente i pericoli fisici e chimici che possono causare danni alla salute dei lavoratori	RISCHIO BASSO
Gestione della contabilità generale e predisposizione del bilancio d'esercizio	Possibilità che i bilanci e le contabilità siano alterati o manipolate a causa di pratiche illecite al fine di favorire interessi privati	RISCHIO BASSO
Rischio ambientale	Possibilità che venga causato danno all'ambiente	RISCHIO BASSO

Parte Seconda

Trattamento del rischio: identificazione e programmazione delle misure di prevenzione

Secondo il PNA 2019, la fase di trattamento del rischio "...è la fase tesa a individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi". In particolare si evidenzia come la misura di trattamento del rischio, debba rispondere ai seguenti requisiti fondamentali:

1. Presenza ed adeguatezza di misure e/o di controlli specifici
2. Capacità di neutralizzazione dei fattori abilitanti il rischio.
3. Sostenibilità economica e organizzativa delle misure.
4. Adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione.

L'assessment degli eventi rischiosi sopra riportata ha costituito la principale "bussola" che ha guidato l'attività di individuazione delle misure di prevenzione, tuttavia, la suddetta rappresentazione è un'ipotesi esemplificativa e necessariamente sintetica e, come tale, non comprende tutte le fattispecie di rischio individuate e puntualmente registrate nelle mappature degli uffici. Occorre, pertanto, rinviare alle singole matrici di mappatura, che danno evidenza di come nei singoli casi si è risposto alle singole categorie di rischio con strumenti differenziati. Le singole misure, individuate in corrispondenza di ogni categoria di rischio, sono state distinte in:

- Misure generali: (di governo di sistema) che incidono, cioè, sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione intervenendo in materia trasversale sull'intera amministrazione;
- Misure specifiche: che incidono su problemi specifici individuati tramite l'analisi del rischio

Misure generali

L'individuazione e l'approfondimento del contenuto delle misure di mitigazione del rischio di carattere generale, da parte degli uffici, è stata effettuata con riferimento all'Allegato 1 al PNA del 2019, che fornisce chiare indicazioni rispetto alle finalità specifiche ed alle modalità attuative delle stesse. Le matrici di mappatura danno conto di come, per ciascuna categoria di rischio siano state generalmente individuate molteplici misure di prevenzione, sia di carattere generale che specifico. Peraltro, mentre le misure di carattere specifico sono estremamente eterogenee e diversificate anche con riferimento alla medesima categoria di rischio, le misure di carattere generale, proprio in virtù della loro natura di strumenti di ampio

raggio, idonei ad incidere sul complesso sistema di prevenzione, hanno trovato un'applicazione assolutamente generalizzata in tutti i processi dell'amministrazione, soprattutto per mitigare le categorie di rischio afferenti a: "uso improprio o distorto della discrezionalità" e "alterazione/manipolazione/utilizzo improprio delle informazioni o della documentazione".

Misure specifiche

Nel PNA del 2019 l'ANAC precisa che l'identificazione delle misure di prevenzione non può essere un elemento indipendente dalle caratteristiche organizzative dell'amministrazione. Per questa ragione, i PTPCTT deve contenere un numero significativo di misure specifiche (in rapporto a quelle generali), in maniera tale da consentire la personalizzazione della strategia di prevenzione della corruzione sulla base delle esigenze peculiari di ogni singola amministrazione. Pertanto, nell'ambito del processo di identificazione delle misure di mitigazione del rischio all'interno della Fondazione, sono state individuate e revisionate le misure specifiche per ciascun processo, idonee a mitigare i rischi corruttivi sottesi a quella particolare attività. Anche la fase di ricognizione delle misure specifiche di mitigazione del rischio ha necessariamente chiesto il coinvolgimento di tutti gli uffici dell'amministrazione, in quanto gli stessi sono i soggetti più qualificati ad identificare le misure correttive degli eventi rischiosi tipici delle singole attività da loro poste in essere (si è così rinnovata quella "fase trasversale di comunicazione – consultazione", essenziale nell'ambito della metodologia di redazione del PTPCT)

Ulteriori misure di prevenzione della corruzione

- a) **Formazione del personale** La formazione del personale in materia di prevenzione del rischio di corruzione verrà valutata dal RTCP, il quale individuerà i dipendenti che avranno l'obbligo di formazione e le modalità con le quali verrà erogata detta formazione.
- b) **Attività in fase di assunzione.** Ai sensi dell'art. 53, comma 16 ter del d. lgs n. 165 del 2001 relativo ad ipotesi di "incompatibilità successiva" (c.d. "pantouflage"), la Fondazione provvederà all'adozione di misure operative volte all'attuazione di tali prescrizioni escludendo l'assunzione di personale dirigenziale munito di poteri gestionali che abbia prestato attività lavorativa nei tre anni precedenti in un organismo con potere di vigilanza e controllo sulla Fondazione. Tale principio è applicato anche ai contratti d'opera. I contratti e gli incarichi conclusi in violazione di tale norma sono nulli.
- c) **Tutela del dipendente che segnala illeciti** La Fondazione garantisce idonee procedure mediante specifica piattaforma dedicata (whistleblowing). Ogni dipendente potrà effettuare segnalazioni in buona fede e nell'interesse dell'integrità della Fondazione. Non saranno accettate segnalazioni anonime e sarà garantita la riservatezza e l'anonimato del segnalante.
- d) **Rotazione del personale o misure alternativa**
Data la specificità delle funzioni e delle competenze professionali svolte dai coordinatori delle differenti aree della Fondazione, risulta di difficile applicazione il principio di rotazione ai fini della prevenzione degli incarichi sancito dall'art. 1, comma 5, lett. B) della Legge 190/2011.
- e) **Conflitti di interesse - Svolgimento di incarichi d'ufficio – attività ed incarichi extraistituzionali** . Per l'attuazione di tale misura si deve far riferimento al Codice di comportamento dei dipendenti di Fondazione Brescia Solidale Onlus per quanto applicabile.

Controlli interni, poteri di spesa

Le procedure individuate e le mansioni attribuite hanno lo scopo di esercitare più controlli sul singolo processo.

Ogni figura professionale è tenuta ad astenersi in caso si verifichi una situazione di conflitto d'interesse.

Legale rappresentante

Il legale rappresentante ha poteri di firma per l'ordinaria amministrazione e su mandato del Consiglio Direttivo per la straordinaria amministrazione.

È titolare di firma sui conti correnti bancari e postali.

Direttore generale

Ha potere di firma sugli atti di ordinaria amministrazione. Approva gli acquisti previa selezione del fornitore a seguito di procedura espletata dall'Ufficio Acquisti. Autorizza i pagamenti a seguito di controllo contabile da parte dell'ufficio ragioneria.

Responsabile amministrativa

Ha potere dispositivo per procedere ai pagamenti di fornitori e personale dipendente previa autorizzazione della direzione generale.

Ufficio addetto al personale

La selezione avviene attingendo da elenchi forniti da agenzie di somministrazione, centri per l'impiego, agenzie formative. La valutazione del candidato è affidata all'ufficio personale in collaborazione con il responsabile dell'unità d'offerta. Un ultimo colloquio è svolto dalla direzione generale.

Le figure apicali/dirigenziali sono tenute ad un ulteriore colloquio preselettivo con il Consiglio direttivo.

L'ufficio addetto al personale collabora con il servizio di prevenzione e protezione al fine di rilevare eventi avversi o comportamenti illeciti.

Ufficio acquisti

Provvede all'elaborazione di selezione dei fornitori e raccolta di preventivi utili all'ordinaria attività della Fondazione. Sottende all'autorizzazione della direzione generale per la conferma della fornitura.

Ufficio manutenzioni

Provvede all'elaborazione di selezione dei fornitori e raccolta di preventivi utili all'ordinaria attività della Fondazione. Sottende all'autorizzazione della direzione generale per la conferma della fornitura.

Ufficio ragioneria

Elabora la contabilizzazione di costi, ricavi, debiti, crediti. Effettua controllo diretto sulla corrispondenza tra ordine, fornitura e fatturazione.

Controllo di gestione

Il controllo di gestione è affidato alla responsabile amministrativa che trimestralmente redige reportistica utili alla verifica del raggiungimento degli obiettivi e del rispetto del budget deliberato dal Consiglio direttivo per la gestione ordinaria annuale delle attività.

Gestione cassa contanti

Gli incassi e i pagamenti avvengono con modalità tracciata (accredito in conto, bonifico, ecc...): Non sono ammessi pagamenti e/o incassi superiori ai 500 euro

Accesso ai servizi socio sanitari

L'accesso ai servizi socio sanitari è regolamentato per il tramite di lista d'attesa alimentata da più enti erogatori secondo criteri uniformi che definiscono la graduatoria complessiva.

L'ufficio ospiti attinge dalla graduatoria il nominativo utile al servizio mentre l'effettivo inserimento presso l'unità d'offerta segue il parere di appropriatezza del direttore sanitario.

Controlli interni, rapporti con gli enti esterni di vigilanza

La Fondazione è soggetta, per le attività svolte in accreditamento con il servizio sanitario e con le amministrazioni pubbliche, a ispezioni di vigilanza e controllo da parte delle stesse.

Tali audit avvengono con la presenza di più figure apicali e con il coinvolgimento di tutti gli uffici amministrativi ivi compreso l'ufficio addetto al personale.

Procedura di whistleblowing

La Fondazione si è dotata di specifica procedura che permetta di far emergere episodi di illiceità o irregolarità all'interno dell'organizzazione.

La procedura è stata oggetto di specifica informativa e trasparenza attraverso la pubblicazione sul sito della Fondazione.

Parte Terza

Trasparenza e accesso civico

Il Decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 ha apportato numerose semplificazioni rispetto all'assetto previgente degli artt. 10 e 43 del D.Lgs 33/2013. Nel particolare risulta essere abrogata la previsione relativa alla necessaria adozione di un Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità.

La norma prevede come unico imperativo "l'indicazione in un'apposita sezione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione di cui all'articolo 1, comma 5 della legge n. 190 del 2012, del responsabile della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del presente decreto". Considerato che ai sensi dell'art. 43 "il responsabile per la prevenzione della corruzione (...) svolge, di norma, le funzioni di Responsabile per la trasparenza", si dà atto che il responsabile per la trasparenza è il dott. Alberto Papa, Revisore della Fondazione. Sotto il profilo procedurale, ai fini di ottemperare agli oneri di trasparenza a carico della Fondazione, ci si atterrà scrupolosamente alle indicazioni impartite dall'ANAC con la Determinazione n. 1134 del 8/11/2017 e s.m.i., con particolare riferimento ai soggetti di cui all'art. 2 bis c. 3 del d.lgs 33/2013, ed agli ulteriori atti sul tema emanati dall'Authority. L'attività di pubblicazione dei dati sul sito web nella sezione "Fondazione Trasparente", avviene nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali di cui al Regolamento Europeo (UE) 2016/679, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza, adeguatezza, pertinenza e limitazione. Viene altresì garantito l'accesso civico semplice e generalizzato disciplinati dall'art. 5 commi 1 e 2 del D.Lgs. 33/2012 come successivamente modificato dal "decreto trasparenza".

L'accesso alla documentazione sanitaria è disciplinato da specifico regolamento.

Centrale unica di committenza

La centrale unica di committenza (CUC) è l'amministrazione che gestisce le procedure di gara per l'acquisizione di lavori, servizi e forniture per conto di altre amministrazioni pubbliche o enti aderenti.

La CUC si occupa di tutte le fasi della gara d'appalto, dall'indizione all'aggiudicazione del contratto.

Dalla data del 04/12/2024 la CUC è individuata in Brescia Infrastrutture a seguito di sottoscrizione di apposito accordo.

Criteri ambientali minimi

I criteri ambientali minimi (CAM) sono requisiti ambientali per la progettazione, i prodotti e i servizi che una amministrazione pubblica deve rispettare nelle procedure di appalto e sono volti a promuovere l'economia circolare e la sostenibilità lungo l'intero ciclo di vita; garantiscono la riduzione dell'impatto sull'ambiente e la promozione di modelli produttivi più sostenibili.

La Fondazione fa proprie le indicazioni del Ministero dell'ambiente e della sicurezza energetica con riferimento a:

DM 23/06/2022 nr. 254 – Arredi per interni

DM 24/12/2015 – forniture ausili per l'incontinenza

DM 17/05/2018 – calzature di lavoro non DPI

DM 04/04/2013 – acquisto di carta per copia

DM 17/10/2019 – acquisto cartucce toner

DM 23/06/2022 nr. 256 e ss.mm.ii. – Edilizia

DM 09/12/2020 – affidamento del servizio di lavaggio industriale e noleggio di tessili e materasseria

DM nr. 51 del 29/01/2021 – affidamento del servizio di pulizia e sanificazione

DM nr. 65 del 10/03/2020 – servizio di ristorazione collettiva

DM nr. 63 del 10/03/2020 – servizio di gestione del verde

È impegno della Fondazione adeguare nel tempo le proprie richieste di forniture alle indicazioni ministeriali.

Disposizioni finali

Regime sanzionatorio

L'inadempimento da parte del RPCT degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente sulla trasparenza ed il rifiuto, il differimento e la limitazione dell'accesso civico, al di fuori delle ipotesi previste, costituiscono elemento di valutazione negativa della responsabilità con applicazione delle sanzioni comminabili dall'ANAC ai sensi dell'art. 47 del Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, in relazione alle quali il Consiglio Direttivo, ove rilevi inadempimenti, provvede alle dovute segnalazioni. Restano altresì ferme le ulteriori sanzioni previste dal medesimo decreto legislativo, in quanto compatibili con la natura giuridica della Fondazione. In caso di commissione, all'interno della Fondazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il RPCT risponde per gli eventuali danni, salvo che provi di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il piano triennale anticorruzione e di aver osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 dell'art. 1 della Legge 6 novembre 2012, n. 190, nonché di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano. Restano ferme le ulteriori sanzioni previste dalla medesima Legge, in quanto compatibili con la natura giuridica della Fondazione. Nel caso in cui la Fondazione sia sanzionata dall'ANAC ai sensi dell'art. 19, c. 5, lett. b) del DL 24 giugno 2014, n. 90, convertito con modificazioni dalla L. 11 agosto 2014, n. 114, al RPCT è comminata una sanzione pari all'ammontare della sanzione irrogata dall'ANAC.