



Acta d'Inspecció núm. **0430000963**

A Lleida

el dia 26/06/2023

Nom i cognoms de l'/la inspector/a

Establiment / servei o entitat *Sanitas Residencial Ilerda*

Adreça *Vic, 5-7*

Telèfon del servei 973228550

email [ena@sanitas.es](mailto:ena@sanitas.es) [sll@sanitas.es](mailto:sll@sanitas.es)

Titular *Sanitas Mayores, SL*

NIF *B5893718*

i en presència de

DNI núm.

en qualitat de:  propietari/ària  representant legal  empleat/da  altres *Responsable higiènic sanitària*

s'efectua la visita d'inspecció que s'inicia a les *10.15* hores i finalitza a les *13.30* hores

s'efectua la compareixença que s'inicia a les hores i finalitza a les hores

**Observacions del/de la representant de l'establiment/servei o entitat**

---

**Cal adoptar les mesures correctives pertinents per tal d'adequar-se a la normativa vigent en els terminis de:**

---

Com a testimoniatge de les actuacions esmentades s'estén aquesta ACTA i els fulls annexos per duplicat que signa l'/la inspector/a juntament amb la persona que atén l'actuació, a qui es lliura un dels exemplars.

Signatura  
L'/la inspector/a

Signatura  
Persona que atén l'actuació

(marcar amb una X)

Ha llegit l'acta i no efectua manifestacions en aquest respecte.

No desitja signar-la. Se li'n lliura una còpia.






**ACTA D'INSPECCIÓ** núm. **0430000963**

**RESULTATS DE LA INSPECCIÓ:**

Efectuo visita d'inspecció per a fer el seguiment de les condicions materials i funcionals del centre.

Em presento com a inspectora de serveis socials de la Generalitat de Catalunya.

M'atén la Responsable higiènic sanitària (RHS),   i la supervisora, 

Em comenten que el director tècnic vindrà més tard.

De la inspecció realitzada informo del següent:

**1r.** Comptabilitzo 109 persones residents registrades en el servei de residència assistida (RA) i 10 usuaris en el servei de centre de dia (CD), en el llistat que em faciliten extret del programa informàtic Resiplus. M'informen que hi ha una persona ingressada en la Clínica Montserrat.

**Condicions materials**

**2n.** Comprovo que no hi ha cap canvi d'espais en relació a la inspecció anterior.

No han iniciat les obres en la 5a planta que tenien intenció de fer, tal com han fet en la resta de plantes, d'ampliació de la sala menjador, afegir una dutxa als dos serveis higiènic d'ús comú al costat de la sala. Tampoc han canviat el terra dels serveis higiènic per un paviment antilliscant de les habitacions de la 5a planta.

**3r.** Observo mancances de manteniment ja observades en la inspecció anterior en marcs de portes de les plantes 3a i 4a sobretot. També comprovo manca de manteniment en les tauletes de moltes de les habitacions: 506, 419, 407, 318, però s'ha de fer un repàs a totes. Informo que el centre ha de tenir un bon estat de manteniment i cura en les instal·lacions i en el mobiliari, com prescriu l'art. 96 e) de la Llei 12/2007 i l'Annex 1 del Decret 205/2015, de 15 de setembre).

**4t.** Comprovo que manca posar les cortines separadores d'algunes de les habitacions dobles: 318, 307. Comprovo que han modificat la ubicació dels llits de les habitacions dobles, en una habitació l'han modificat i no disposen de cortina separadora i en altres habitacions dobles

Signatura



(marc

\_\_\_ No desitja signar-la. Se li'n lliura una còpia.

Signatura

Persona que atén l'actuació





**ACTA D'INSPECCIÓ** núm. **0430000963**

s'han posat els llits junts sense separació. Totes aquestes qüestions són una vulneració del dret a la intimitat, recollit en l'art. 12.1 g) de la Llei 12/2007.

**5è.** Comprovo que en les habitacions dels extrems de cada planta i en algunes habitacions individuals en las que els residents estan més hores, s'han instal·lat refrigeradors portàtils i que la temperatura de tot l'establiment és correcte.

**Condicions funcionals**

**6è.** Reviso els registres preceptius, d'AVD, administració medicació, cures de la lesió per pressió, canvis posturals, canvis d'absorbents i comprovo que tots els registres són correctes.

**7è.** Reviso un dels PIAI's revisats la setmana anterior. El PIAI és correcte, treballen amb objectius professionals i es fa retorn a la família. Recomano que cada professional inclogui en el PIAI les valoracions dels tests i proves. Indico que han de fer referència als Manteniment i desenvolupament de les activitats de la vida diària, dieta alimentària, cura de l'aspecte físic, activitats setmanals en les que pot participar. Explico que poden determinar també un objectiu per a la persona, molt més individual i que pot sortir de la conversa amb la persona i en cas de deteriorament cognitiu de la història de vida.

**8è.** Demano em trametin el Reglament de règim intern per comprovar si s'ha modificat l'art. 6 en el que s'indicava període de prova, que no existeix en plaça pública i la Resolució unilateral del contracte de l'article 23, només és per places privades i ho han de fer constar en el mateix RRI. (Decret 284/96, modificat pel Decret 176/2000)

**9è.** Comprovo el menú de l'àpat de dinar, comprovo les quantitats del 2n plat que és bacallà. Segons el menú pautat ha d'haver uns 150 gr. i comprovo que hi ha més de 200 gr. per persona. En relació al menú triturat, avui consisteix amb el basal del primer plat, mongeta blanca i la cuinera m'explica que ha posat espinacs, ou i proteïna de soja. En el menú no consta la quantitat d'ou i de proteïna de soja que s'ha de posar. Segons la cuinera, posa 5gr per persona. Manifesto que el menú ha d'estar pautat amb gramatge, valor calòric, valor nutricional i gramatge de cadascun dels elements del plat, sobretot pel que fa a la proteïna en

Signatura  
L'/la inspector/a

(marca

Signatura  
Persona que atén l'actuació

\_\_\_ No desitja signar-la. Se li'n lliura una còpia.



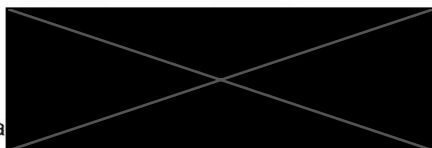
**ACTA D'INSPECCIÓ** núm. **0430000963**

el menú triturat, ja que correspon a persones amb més dificultats nutricionals. Demano que ho revisin i m'ho trametin amb la documentació demanada.

**10è.** Pregunto per les prescripcions de dispositius d'absorbents i em comenten que el seu CAP de referència, ja de sempre, només els hi permet de forma habitual, 4 absorbents per persona.

**11è.** Informo sobre l'Annex 31 de l'Ordre TSF/218/2020, de 16 de desembre, per a la provisió de serveis residencials concertats per a GG.

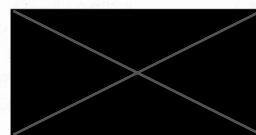
Signatura  
L'/la inspector/a



(marca

\_\_\_ No desitja signar-la. Se li'n lliura una còpia.


Signatura  
Persona que atén l'actuació





**ACTA D'INSPECCIÓ** núm. **0430000963**  
**RESULTATS DE LA INSPECCIÓ:**

Per tal de completar la visita d'inspecció feta en/l' servei/establiment *Sanitas Residencial Ilerda*, i d'acord amb l'article 7.4 de la Llei 16/1996, de 26 de novembre, reguladora de les actuacions inspectores, us requereixo perquè aporteu documentació, marcada amb una <<X>> i que figura al full núm. 6 de l'acta:

mitjançant qualsevol dels mitjans previstos a l'art. 16.4 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, de procediment administratiu comú de les administracions públiques en el termini de 10 dies. Per Petició Genèrica: A/a  ST Lleida; Sxxx

mitjançant compareixença el dia \_\_\_\_\_ a les \_\_\_\_\_ hores \_\_\_\_\_ al Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, Servei d'Inspecció i Registre, Passeig Taulat núm. 266-270, 9a planta.

El fet de no comparèixer o no aportar la documentació requerida pot comportar la infracció greu prevista a l'art 97.i del text consolidat de la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials.

Signatura  
L'/la inspector/a

(marcar

\_\_\_ No desitja signar-la. Se li'n lliura una còpia.

Signatura  
Persona que atén l'actuació



**ACTA D'INSPECCIÓ** núm. **0430000963**

- Llista de treballadors que especifiqui la dedicació d'atenció directa/indirecta amb el sumatori respectiu de les hores setmanals
- TC1 i TC2 de l'últim mes cotitzat o últim rebut d'autònoms de la Seguretat Social
- Informe de la vida laboral de l'empresa.
- Contracte laboral o mercantil amb l'horari de dedicació setmanal del personal que no consta en el TC1 i TC2
- Còpia de les factures lliurades per serveis professionals.
- Quadre d'horari setmanal del personal
- Fotocòpia del títol/diploma de personal qualificat
- Reglament de règim interior
- Llista de tots els usuaris del servei (noms i cognoms) que tinguin deteriorament cognitiu moderat o sever (MEC < 22)
- Llista d'usuaris èxits l'any anterior
- Llista d'usuaris/àries amb grau de dependència, places públiques i places privades i PEV
- Últim contracte assistencial subscrit amb els/les usuaris/àries
- Nombre de persones amb suport de Fundació
- Acreditació del/de la responsable/a higiènicosanitari i el/la director/a de l'establiment
- Programació menús triturats amb gramatge, valor calòric, valor nutricional i firmat per la Responsable higiènic sanitària.
- Protocol o procediment en relació als dispositius d'absorbents.
- Registres
- Programació anual d'activitats
- Còpia de les factures lliurades a les persones usuàries
- Pòlissa d'assegurança (de responsabilitat civil), i document que n'acrediti la vigència
- Llistat de tots els usuaris del servei (noms i cognoms) que han patit caigudes durant l'any passat, indicant de cadascun d'ells el grau de deteriorament cognitiu moderat o sever (MEC < 22), el nombre de caigudes especificant la franja horària en que s'han produït (matí, tarda, nit) i les conseqüències . Especificar el nombre total de persones que han patit les caigudes i el nombre total de persones que han patit les caigudes i que tenen deteriorament cognitiu, respectivament.
- Pla de formació de l'any anterior i d'aquest any amb indicació del nom del curs i la durada, les persones que l'han fet i les hores de formació que s'han rebut per persona.

Signatura  
L'/la inspector/a

per

(marcar

\_\_\_ No desitja signar-la. Se li'n lliura una còpia.

Signatura  
Persona que atén l'actuació

