

Acta d'Inspecció núm. 0550000510

A Vilassar de Mar

el dia 30/01/2026

Nom i cognoms de l'/la inspector/a 

Establiment / servei o entitat *Residència assistida La Bona Mar*

Adreça *C/ Sant Pere, 14-15*

Telèfon del servei 644429973

correu electrònic 

Titular *Black Dove, SL*

NIF *B67455162*

i en presència de 

DNI núm. 

en qualitat de: x representant legal i supervisora

- ☐ s'efectua la visita d'inspecció que s'inicia a les 9.30 hores i finalitza a les 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 testimoni 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. 0550000510

RESULTATS DE LA INSPECCIÓ:

Visito d'ofici La Residència Assistida La Bona Mar per tal de fer-ne seguiment, comprovar el funcionament del servei, així com l'estat dels residents.

Un cop m'identifico com a inspectora de serveis socials de la Generalitat de Catalunya, atén la visita la Sra. [REDACTED], en qualitat de representant legal i supervisora del centre.

Actualment, hi ha 23 residents donats d'alta al servei. Em lliuren còpia del llistat dels residents amb el dormitori que ocupen, TSI, DNI, origen i data d'ingrés. M'informen que hi ha un resident hospitalitzat: [REDACTED]. No hi ha cap resident amb pauta d'allitament les 24, ni cap que es trobi en procés final de vida. No hi ha residents que requereixin el suport de fundació tutelar. Hi ha una resident menor de 65 anys, [REDACTED], qui va ingressar provinent d'una altra residència i que disposa d'informe d'excepcionalitat.

El personal present durant la visita és el següent: 1 supervisora de serveis (representant legal de l'entitat,, 3 auxiliars de geriatria, 1 fisioterapeuta, 1 psicòloga, 1 persona de neteja, que també fa les tasques de bugaderia i una que prepara els àpats.

CONDICIONS MATERIALS

1. L'establiment disposa de 4 plantes, planta baixa, planta 1, planta 2 i planta 3. Totes tenen dormitoris excepte la planta 3 on hi ha una sala polivalent-menjador amb una gran terrassa. A la planta baixa hi ha pati i entrada adaptada que accedeix a l'interior de la residència on hi ha una sala polivalent dotada amb taules, cadires i butaques. En aquesta planta hi ha 3 dormitoris dobles. També hi ha la cuina.

A la planta 1 hi ha 4 dormitoris dobles i 3 serveis higiènics. També hi ha el despatx de professionals, la sala de fisioteràpia i una sala de visites.

Signatura
L'/la inspector/a

(marcar amb una X)

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

Signatura
Persona que atén l'actuació



ACTA D'INSPECCIÓ núm. **0550000510**

La bugaderia està a l'edifici annex, està dotada de 2 rentadores (11 kgs i 6 kgs) i 2 assecadores. Han habilitat magatzem per a roba neta amb prestatges per cada resident. En aquest espai també hi ha el vestidor i sala per als treballadors.

A la planta 2 hi ha 5 dormitoris, 4 dobles i 1 individual.

A la planta 3 hi ha sala polivalent-menjador amb taules, cadires i butaques, amb una gran terrassa amb vistes al mar.

2. No hi ha canvis de caràcter estructural, ni en la distribució i configuració d'espais respecte de la darrera visita d'inspecció efectuada (30/10/24).

3. Pel que fa al sistema d'avisos, disposen d'un panell a la planta baixa on s'activen els avisadors especificant les diferents localitzacions i també d'un rellotge que porta una auxiliar, així com un altre panell a la planta 3a. Comprovo aleatòriament que funcionen correctament incloent el del servei higiènic nou de la planta 3 que no funcionava en l'anterior visita.

4. La càrrega dels extintors ha estat revisada el mes de febrer de 2025.

5. Les condicions higièniques i de manteniment de l'establiment de les estances observades són correctes.

6. Disposen de càmeres de videovigilància en els espais comuns.

7. Com a millores efectuades a destacar: han posat tots els llits elèctrics de l'establiment, dos dels quals són amb carro elevador per a les persones més assistides; han instal·lat *tablets* a cada planta amb el programa informàtic instal·lat per a poder complimentar in situ els registres i comunicacions amb l'equip; han pintat habitacions; han canviat armaris d'algunes habitacions; estan canviant els capçals dels llits; han comprat una grua per a fer

Signatura
L'/la inspector/a

Signatura
Persona que atén l'actuació

(marcar amb una X)

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



ACTA D'INSPECCIÓ núm. 0550000510

mobilitzacions; han comprat butaques elèctriques per a la sala polivalent de la planta baixa; han canviat el terra del servei higiènic de l'habitació 25 i una part del de l'habitació 21.

SITUACIÓ DE RESIDENTS

8. Els residents es troben agrupats en 2 grups de convivència: els que presenten major deteriorament cognitiu es troben ubicats a la planta baixa i els que són més autònoms es troben a la sala polivalent de la 3a planta.

Quan començo les observacions a les sales de convivència, sobre les 10h, comprovo que ja han acabat d'esmorzar i les taules estan recollides.

9. En les diferents observacions efectuades comprovo que gaudeixen d'atenció directa continuada. Aquest matí han fet activitats amb la psicòloga i amb la fisioteràpia. Les dues professionals han fet activitats amb els 2 grups.

Els espais són acollidors i agradables, a la planta baixa gaudeixen del pati i a la 3a planta d'una gran terrassa amb vistes al mar.

Els diferents residents amb qui parlo manifesten trobar-se a gust al centre.

Els residents presenten un bon estat d'higiene i de vestimenta.

10. Cap resident té prescripció de contenció mecànica.

CONDICIONS FUNCIONALS

11. Disposen del programa informàtic de gestió Gesires en què hi tenen tota la documentació dels residents i tant els tècnics com les gerocultores el complimenten.

Signatura
L'/la inspector/a

(marcar amb una X)

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

Signatura
Persona que atén l'actuació



ACTA D'INSPECCIÓ núm. **0550000510**

12. M'informen que hi ha un resident amb lesió per pressió, si bé no em poden mostrar el registre ja que manifesten hi té accés la directora i infermera que aquest matí no està present al centre. Quedem en què sol·licito aquesta documentació amb l'acta.

13. Reviso les prescripcions de la medicació de 4 residents a tall de mostra (XXXXXX) i els blisters amb la preparació de la medicació (bossetes preparades per farmàcia externa). Comprovo que coincideix la medicació prescrita amb la preparada. Reviso el registre d'administració de la medicació dels darrers dies i es troba actualitzat. Han esmenat el punt 9 de l'acta 0550000438.

14. Reviso el registre de caigudes i comprovo que la darrera caiguda està correctament registrada i ja han complimentat l'apartat de les mesures de prevenció. Han esmenat el punt 10 de l'acta 0550000438.

15. Reviso l'expedient assistencial i els contractes del darrer ingrés: (XXXXXX). Presenta informe mèdic previ ingrés i la documentació prevista a la normativa. Fa pocs dies que ha ingressat i manca la valoració inicial dels professionals actuals. El que sempre recullen a l'inici i que ja disposen és la història de vida, els gustos i preferències i l'objectiu general inicial. Comprovo que la informació és concreta i personalitzada. El contracte assistencial m'informen que l'ha signat ella mateixa atès que no presenta deteriorament cognitiu moderat/greu.

16. Reviso el registres d'AVD d'alguns residents a tall de mostra. Disposen del registre d'higienes, d'incontinències, d'administració de la medicació complimentats.

17. Disposen del servei de cuina externalitzat en el càtering Arcasa Apetito. Els serveixen els aliments congelats, dos dies a la setmana. Tenen la programació dels menús dels dinars i sopars amb el gramatge, nutrients i valors calòrics. La programació dels esmorzars, són

Signatura
L'/la inspector/a

(marcar amb una X)

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

Signatura
Persona que atén l'actuació

ACTA D'INSPECCIÓ núm. **0550000510**

personalitzats en funció dels gustos de cada resident. Disposen de la signatura de la RHS en la programació dels menús. Hi ha 3 resident que menja dieta triturada que menja els mateixos aliments de la dieta basal, de manera que el personal de la residència és qui tritura el menjar d'aquests residents. Coincideix el menjar programat amb el preparat. En les observacions durant l'àpat del dinar comprovo que les quantitats són correctes i la presentació dels plats és bona.

ALTRES CONSIDERACIONS

18. L'establiment disposa de registre per a 24 places, si bé n'hi ha 23 d'instal·lades. M'informen que han informat al Departament (Direcció de Serveis) que volen fer obres per tal de poder omplir les 24 places, fent una habitació individual en un espai de la 1a planta on hi ha 2 habitacions dobles i un vestíbul. Eliminarien una de les sortides d'emergència de la planta però ja tenen les mínimes previstes per la normativa eliminant aquesta. D'aquesta manera en aquest espai hi hauria 2 habitacions dobles i 1 individual. M'indiquen que de bombers els han demanat fer unes modificacions i quan tinguin tot enllestit amb l'Ajuntament faran la comunicació al Servei d'Inspecció.

19. Tenen accés a l'eCAP. Treballen de forma coordinada amb el CAP de Vilassar, la infermera acut al centre un cop cada 15 dies o sempre que ho necessiten.

Signatura
L'/la inspector/a



(marcar amb una X)

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

Signatura
Persona que atén l'actuació



ACTA D'INSPECCIÓ núm. **0550000510**

RESULTATS DE LA INSPECCIÓ:

Per tal de completar la visita d'inspecció feta en/l' servei/establiment Residència Assistida La Bona Mar , 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 aporte documentació, marcada amb una <<X>> i que figura al darrer full de l'acta:

☐ A través de <https://web.gencat.cat/ca/tramits/tramits-temes/Peticio-generica> d'acord amb el que preveu l'art. 14 i l'art. 16 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques, en el termini de 10 dies.

Us agrairé, per ser més eficients en la gestió de la rebuda de la documentació que us requereixo, que a l'assumpte de la petició genèrica feu constar el núm. d'expedient IN/0062/2014 i a l'atenció de la inspectora Ruth Valls (rvallsr@gencat.cat) del Servei d'Inspecció i Registre.

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 amb una X)

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

Signatura
Persona que atén l'actuació





ACTA D'INSPECCIÓ núm. 0550000510

Documentació a aportar:

- X Llista de treballadors que especifiqui la dedicació setmanal d'hores d'atenció directa i indirecta amb el sumatori. Indicar la titulació, funció al centre i la relació laboral (indefinit, temporal, autònom, etc. Cal indicar també els que es troben en situació d'absència per malaltia, sanció, baixa, vacances, permís o causes anàlogues i , especificar quina persona/es la substitueixen. Cal incloure els professionals dels serveis externalitzats com les hores de cuina del càtering, de la mateixa manera que els treballadors contractats per l'entitat.
- X Informe de la vida laboral de l'empresa del dia de la visita.
- X Contracte laboral o mercantil amb l'horari de dedicació setmanal del personal que no consta l'informe de vida laboral/ últim rebut d'autònoms.
- X Quadre d'horari setmanal del personal on quedi constància de quins professionals, amb nom i cognoms, treballen en cada torn.
- X Llista de tots els usuaris del servei amb deteriorament cognitiu moderat o sever (MEC < 22).
- X Llista d'usuaris èxits l'any anterior
- X Llista d'usuaris/àries amb data d'ingrés, grau de dependència, tipus de plaça i quota mensual
- X Acreditació del/de la responsable/a higiènic-sanitari i el/la director/a de l'establiment
- X PAI 
- X Registre de lesions per pressió
- X Certificat de la Pòlissa d'assegurança (de responsabilitat civil i d'accidents de les persones usuàries i del personal), i document que n'acrediti la vigència o bé certificat de l'empresa asseguradora conforme l'entitat disposa d'una pòlissa i està al corrent de pagament. **En aquest certificat ha de constar el núm. de pòlissa, el centre residencial o diürn amb l'adreça, les cobertures contractades, i límits de la pòlissa de responsabilitat civil per sinistre i víctima.**
- X Formació feta l'any anterior amb indicació del nom del curs i la durada i certificat d'assistència. Pla de formació de l'any en curs.

Signatura
L'/la inspector/a



(marcar amb una X)

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

Signatura
Persona que atén l'actuació

