



MANUAL DE QUALITAT FSFA

ISO 9001/2015



Fundació
Sant Francesc
d'Assís

Índex de contingut

| | |
|--|----|
| 1.- INTRODUCCIO | 2 |
| 2.- NORMES DE REFERÈNCIA | 3 |
| 3.- TERMES I DEFINICIONS | 3 |
| 4.- CONTEXT DE L'ORGANITZACIÓ | 4 |
| 5.- LIDERATGE I COMPROMÍS | 2 |
| 6.- PLANIFICACIO PER AL SISTEMA DE GESTIO DE QUALITAT | 6 |
| 7.- SUPORT | 9 |
| 8.- OPERACIÓ | 15 |
| 9.- EVALUACIO DE L'ACOMPLIMENT | 22 |
| 10. MILLORA | 25 |

| Control de versions | | | | | |
|-------------------------------------|----|---|----|--------|----|
| Versió | 02 | Versió | 03 | Versió | 04 |
| Canvi : | | Canvi : | | Canvi: | |
| Modificació de los grups de interès | | Modificació del contingut segons el nou pla estratègic de la Fundació (2022- 2026) | | | |
| | | Modificació del manual amb la unificació de les parts comunes en els tres centres i la distinció de peculiaritats | | | |
| | | Canvi d'idioma a Català | | | |
| Data: febrer de 2022 | | Data: març 2023 | | Data: | |

| ELABORACIO FETA PER: | REVISIÓ FETA PER: | APROBACIÓ REALITZADA PER: |
|------------------------------|------------------------------|---------------------------|
| Responsable de Qualitat FSFA | Responsable de Qualitat FSFA | Direcció General |
| Data: juny 21 | Data: novembre 21 | Data: Novembre 21 |

Data d'entrada en vigor: 2021 novembre

1.- INTRODUCCIO

1.1.- GENERALITATS

La Fundació Sant Francesc d'Assís (FSFA) és una institució sense ànim de lucre (creada en 1977) NIF: G 08446577, amb finalitat d'atenció assistencial a persones que pateixen problemes sanitaris, socials i de salut mental.

Actualment té un concert establert amb Servei Català de la Salut (de 137 places) , un altra amb el Departament de Drets Socials (de 186 places) i una part d'exploració privada (52 places). Això doncs, la Fundació ofereix una atenció continuada a 375 persones.

La Fundació disposa de tres centres: Can Torras, Les Hortensies i Montseny.

El Centre sanitari d'atenció intermèdia CAN TORRAS, ubicat al poble d'Alella, forma part del Sistema Sanitari Integral d'utilització pública de Catalunya (SISCAT) del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. La seva funció és acollir pacients amb criteris de rehabilitació per malaltia aguda, pacients crònics complexos amb descompensació de la malaltia de base i amb criteris de pal·liació, que tinguin dificultats per a poder ser atesos al seu domicili (entorn social), i amb l'objectiu d'assegurar-los la millor assistència sanitària en relació a les seves necessitats.

La seva cartera de serveis son:

- Hospitalització : 119 llits
 - Llarga estada: 45 llits
 - Convalescència: 65 llits
 - Pla integral d'urgències de Catalunya (PIUC): 49 ALTES
 - Covid (Activitat addicional)
- Hospital de dia: 25 places

Atenció continuada total a 137 persones

El centre residencial per a persones amb discapacitat intel·lectual (diversitat funcional) Les Hortensies és un centre residencial i d'atenció especialitzada. Ubicat al poble d'Alella.

La seva funció és atendre a persones amb discapacitat intel·lectual i trastorns de la conducta que necessitin un suport extens o generalitzat des d'una perspectiva integral de la persona, es a dir, amb una atenció i resposta adequades a les necessitats de salut, educatives, socials, emocionals i de benestar en les diferents etapes de la vida. L'objectiu es potenciar les habilitats dels usuaris per tal que assoleixin una major autonomia o evitar-ne el deteriorament.

Amb la inscripció al Registre d'Entitats i Serveis i Establiments Socials , en la secció d'Acolliment Residencial , amb el codi: S003003

Adherida a la Cartera de Serveis :

- Residencial : 156 places
- Suport Generalitzat
- Suport Generalitzat amb problemes de salut / salut mental
- Suport Extens
- Suport Extens amb problemes de salut / salut mental
- Centre de dia especialitzat (CAE): 12 places.

Atenció continuada total: 168 persones

El centre residencial i assistencial per a persones grans Montseny . Ubicat al poble El Masnou , dona assistència a persones grans amb necessitats d'acolliment per mançanes socials o de salut. Disposa d'unitat bàsica d'alta dependència i ofereix una atenció especialitzada integral i centrada en la persona, que respecta sempre el seu projecte de vida. Amb la inscripció al Registre d'Entitats i Serveis i Establiments Socials , en la secció d'Acolliment Residencial , amb el codi: S003003

Adherida a la Cartera de Serveis Residència Assistida per a persones grans

- Concertades: 18 places
- Privades: 52 places

Atencio continuada total: 70 persones

2.- NORMES DE REFERÈNCIA.

El Sistema de Gestió de la Qualitat implantat en FSFA, està basat en les següents normes:

UNE-EN ISO 9000:2015 Sistema de gestió de la qualitat. Fonaments i vocabulari.

UNE-EN ISO 9001:2015 Sistema de gestió de la qualitat. Requisits.

3.- TERMES I DEFINICIONS

Els termes i definicions utilitzats en el desenvolupament del Sistema de Gestió de Qualitat de FSFA, són els escrits en la norma referenciada en el punt 2 del present Manual.

Per a facilitar una major comprensió d'aquest Manual i en general del Sistema de Gestió de Qualitat, a continuació, es relacionen els termes d'ús intern de FSFA.

La Fundació (FSFA) gestiona serveis comuns per als tres centres, en la documentació diferenciarem aquells comuns dels particulars. Així doncs, el codi documental portarà de referència del centre en concret col·locant la inicial del centre davant del codi del document

Per al centre Can Torras, la sigla particular de centre serà CT

Per al centre residencial Les Hortènsies, serà H

Per al centre residencial Montseny, serà M

En absència de aquestes inicials, es deduirà que el document és general per a tots els centres de la fundació.

MMOF Manual d'Organització i Funcions del CR Montseny

HMOF Manual d'Organització i Funcions de CR Les Hortènsies

CGC Comitè General de Qualitat

4.- CONTEXT DE L'ORGANITZACIÓ

4.1 – COMPRESIO DE L'ORGANITZACIÓ I DEL SEU CONTEXT

4.2 – COMPRESIO DE LES NECESSITATS I EXPECTATIVES DE LES PARTS INTERESSADES

4.3 – DETERMINACIO DE L'ABAST DEL SISTEMA DE *GESTION DE LA QUALITAT

4.4 – SISTEMA DE GESTIO DE LA QUALITAT I ELS SEUS PROCESSOS.

4.1 COMPRESIO DE L'ORGANITZACIÓ I DEL SEU CONTEXT

FSFA, basant-se en l'anàlisi de les qüestions externa i internes que l'afecten i que són oportunes per al seu propòsit i la seva adreça estratègica, té establertes:

MISSIO

“Donar assistència sanitària i social integral de qualitat tècnica i humana centrada en els personis”. Fent especial atenció a la seguretat i la satisfacció del pacient, (client extern).

VISIO

“Ser una institució de referència en l'àmbit de la salut i social que vetlli *per la qualitat de l'atenció i el benestar dels personis”.

VALORS

- El Compromís social amb i per a les persones
- Alta competència tècnica i humana
- Tracte càlid i personalitzat
- Junts aconseguim avançar
- Comuniquem qui som i què fem.

PROPOSIT

“Donar una atenció centrada en la persona, que s'adapti a la diversitat de perfils i a tots els dispositius i que vetlli per la sostenibilitat social, econòmica i ambiental”.

La Missió, la Visió i els valors donen la base i afecten la seva capacitat per a aconseguir els resultats previstos del seu sistema de gestió de qualitat

Dins un **MODEL ASSISTENCIAL**:

- Humanista (centrat en les persones): Situa la persona atesa al centre de tot, la dignitat i els seus drets són reconeguts i respectats en tot moment.
- Holístic : Visió multidimensional de la persona (física, psíquica, funcional, social i espiritual).
- Interdisciplinari: Diferents perfils professionals treballen en equip i de forma coordinada per donar resposta a les necessitats de cada persona.
- Individualitzat: Es basa en plans d'atenció interdisciplinaris adaptats a les necessitats i voluntats de la persona.
- Continuat: Garanteix la continuïtat de l'atenció entre els diferents nivells assistencials.
- Integral: Garanteix la gestió global de les necessitats de les diferents esferes a partir d'una valoració integral.
- Integrat: Forma part de la xarxa de recursos sanitaris i socials i s'hi coordina

FSFA, realitza el seguiment i la revisió de la seva Missió, Visió i Valors, a través de les reunions de comitè de direcció, Patronat FSFA i de la revisió del sistema per la direcció (**IPRD- informe per a la revisió per la direcció del sistema de qualitat**), basant-se en els canvis que realitza el seu entorn assistencial i els resultats obtinguts en els processos interns. Secundant-se en l'evolució del Pla estratègic vigent.

L'anàlisi de context es realitza a través de la metodologia DAFO (**DAFO -Matriu DAFO per l'anàlisi estratègic FSFA**) a, on controlem context intern i extern de l'organització.

4.2 – COMPRESIO DE LES NECESSITATS I EXPECTATIVES DE LES PARTS INTERESSADES

Les parts interessades que són pertinents al Sistema de Gestió de Qualitat i que estan alineats als contemplats en el Pla Estratègic de la Fundació són:

NIVELL EXTERN

1. SOCIETAT (Mitjans de comunicació, Mecenes i donants, Població)
2. COMUNITAT LOCAL (Ajuntaments, empreses del territori)
3. ASSOCIACIONS I ENTITATS (Associacions de pacients, ONG i altres associacions)
4. ORGANISMES COL·LEGIATS I SOCIETATS (col·legis professionals, Societats científiques)

NIVELL INTERN

5. INSTITUCIONS REGULADORES (Organismes estatals i autonòmics, Departament de Salut i Cat Salut i Departament de Drets Socials)
6. SOCIS ESTRATEGICOS (Hospitals de referència, Centres de recerca, Universitats, Atenció primària, centres formatius i Patronals)
7. PROVEÏDORS (Indústria farmacèutica i tecnològica, proveïdors assistencials i Proveïdors no assistencials)

8. EQUIP HUMA (Professionals FSFA, personal empresa de serveis, agents socials i voluntaris)

9. CLIENTS

Patronat FSFA.

Els clients externs (client publico / privat).

Família o Representants legals

Client Intern

Els proveïdors externs.

Administració legisladora (CatSalut – Benestar social).

Administració proveïdor servei (Cat Salut – Benestar social).

Societat.

Centres pertanyents a la Fundació Sant Francesc D'*Assís

Voluntaris.

Alumnes de pràctiques.

Cuidadors Externs

Delegats d'empresa.

Els requisits pertinents d'aquestes parts interessades per al sistema de gestió de qualitat (SGC) són considerats per a revisar les polítiques de l'empresa, els objectius i la definició de nous indicadors.

| Parts interessades | Necessitats | Expectatives | Comunicació | Necessitats i expectatives de la organització. |
|---|--|--|--|---|
| 1.- Patronat FSFA | <ul style="list-style-type: none"> -Control i seguiment de l'activitat fundacional. -Orientar les línies estratègiques de la fundació. | <ul style="list-style-type: none"> -Millorar el funcionament de la entitat. -Creixement de serveis . | <ul style="list-style-type: none"> -Reunió de patronat. | <ul style="list-style-type: none"> -Guia i control de les línies estratègiques de la entitat. |
| 2.- Client extern (client públic / privat) | <ul style="list-style-type: none"> -Millora de l'estat de salut. -Suplir las necessitats funcionals. -Professionalitat. - Qualitat de serveis . - Seguretat - Esperar plaça pública. | <ul style="list-style-type: none"> -Resolució dels problemes de salut i socials. -Atenció personalitzada. -Empatia, comprensió. - No ser contagiats | <ul style="list-style-type: none"> -Normativa del centro. -Web. -Enquestes de qualitat - Entrevistes y reunions de seguiment | <ul style="list-style-type: none"> -Compliment de normes internes. -Col·laboració. |
| 3.- Família i Representants legals | <ul style="list-style-type: none"> -Respostes / Informació . -Seguretat. -Professionalitat . -Empatia. | <ul style="list-style-type: none"> -Solució de problemes socials/Salud. -Atenció personalitzada. - Capacitat resolutiva. - Evitar fer mal / contagi del familiar o representat | <ul style="list-style-type: none"> -Normativa del centro. -Web. -Enquestes de qualitat periòdiques i d'alta de la persona usuària. -Entrevistes de seguiment | <ul style="list-style-type: none"> -Compliment de las normes internes. -Col·laboració. |
| 4.- Clients Interns | <ul style="list-style-type: none"> -Estabilitat i conciliació laboral. -Cobro regular. -Reconeixement -Informació. - Formació. | <ul style="list-style-type: none"> -Progresso laboral. -Cobertura de la posició. -Planificació laboral a llarg termini -Col·laboració projectes del centro. - No ser contagiats | <ul style="list-style-type: none"> -Comitè de empresa. -Portal del treballador. -Panell d'anunci . - Mail corporatiu . - Carpeta diària de torn - Briefing | <ul style="list-style-type: none"> -Compromís. -Professionalitat. -compliment normativa interna. -Empatia. -Resiliència. |

| Parts interessades | Necessitats | Expectatives | Comunicació | Necessitats y expectatives de la organització |
|---|--|--|---|--|
| 5.- Los proveïdors externs. | Clients solvents Capacitat resolutiva. | Compromís. Contracte a llarg termini. Pago regular. | Servei de compres | Qualitat Compromís Eficiència Compliment normativa interna (COVID |
| 6.- Administració legisladora. (CatSalut – Dret social) | Aplicació y compliment normativa | Millora qualitativa de la atenció compliment de Normativa | Serveis socials / Gerència | Normativa i requisits raonables Millora regular de tarifes |
| 7.- Administració proveïdor servei (CatSalut – Dret social). | Altes pacients Disponibilitat /Accessibilitat | Millora qualitativa de la atenció – seguiment pla director. Participació en activitats de millora. | Servicios socials / Trabajo Social Gerència | Seguir potenciant el recurs assistencial Soci sanitari i assistencial Reconeixement. |
| 8.- Sociedad | Recursos assistencials | Accessibilitat al servei | Web – rets socials | Reconeixement |
| 9.- Altres centres de la fundació | Estabilitat organitzativa Recolzament professional Recursos | Millorar las relaciones entre centres | Reunions entre centres – reunions direcció FSFA | Estabilitat organitzativa Recolzament professional Millorar las relaciones entre centres |
| 10.- Voluntaris | Ajudar a la societat Sentir-se d'utilitat | Millorar la Societat Reconeixement | Servicio Social y Atenció al usuari (segons el centro) | Red de suport Compromís |
| 11.- Alumnes en formació. | Formació de qualitat Realitzar pràctica que cobreixin les necessitats curriculars | Accedir a un lloc de treball al finalitzar els estudis. | Tutor Pla d'acollida | Ser centre docent reconegut. Formar futurs treballadors per als centres de la Fundació com a personal per a suplències i noves incorporacions . |
| 12.- Cuidadors externs | Servei e Ingressos estables | Estabilitat laboral | Família Equipo de referencia en el Centro | Bones pràctiques . Confidencialitat. Discreció i compromís. |
| 13.- Delegats de empresa | Informació de la direcció del centre. | Millores en les condicions laborals de les persones treballadores | Direccions i treballadors . | Compromís de pertinència a la institució. Coherència y dimensionament de peticions |

FSFA – Els tres centres realitzen el seguiment i la revisió de la informació vers les parts interessades a través del l'informe per a la Direcció (**PIPD- informe per a la revisió per la direcció del sistema de qualitat**).

4.3 – DETERMINACIÓ DE L'ABAST DEL SISTEMA DE GESTIÓ DE LA QUALITAT

FSFA determina que l'abast del sistema de gestió de qualitat és :

Tot el servei d'acolliment i d'atenció assistencial, predominantment social i sanitari i malaltia mental, que presten els centres de la fundació. Tenint present les corresponents Carteres de Serveis concertades amb el Servei Català de la Salut i amb Drets Social, i les places particulars privades.

Afavorint el manteniment o la recuperació del màxim grau d'autonomia personal i social; i realitzant una atenció les 24 hores del dia tots els dies de l'any.

Per a la determinació d'aquest abast FSFA ha tingut en consideració:

- a) Les qüestions externes i internes indicada en l'apartat 4.1
- b) Els requisits de les parts interessades pertinents en 4.2
- c) Els serveis que la Fundació presta als seus pacients/usuaris/ famílies i parts interessades.

Actualment, la implantació del SGQ s'esdevé en dos dels tres centres: CSAI Can Torras i CR Montseny. El tercer centre, Les Hortensies, s'està preparant per a la certificació però encara no està dins l'abast del sistema de gestió de qualitat amb certificació.

4.4 – SISTEMA DE GESTIÓ DE LA QUALITAT I ELS SEUS PROCESSOS.

El sistema de Gestió de Qualitat FSFA s'ajusta a la Norma ISO 9001:2015 i queda descrit en aquest Manual de Qualitat, que serveix de guia per a conèixer el funcionament de l'organització, definint el marc d'actuació per a la totalitat de les activitats rellevants (processos) per a la qualitat del servei i en definitiva la satisfacció de la persona assistida.

Aquest manual és de caràcter general pel que pot ser lliurat a les persones assistides i com a document de presentació i definició del SGC (Sistema de Gestió de Qualitat) de la Fundació Sant Francesc d'Assís ha establert, implementat, manté i millora contínuament el sistema de gestió de qualitat, inclosos els processos necessaris i les seves interaccions, d'acord amb els requisits de la Norma ISO 9001:2015.

La Fundació ha desenvolupat els processos necessaris per al sistema de gestió de la qualitat i la seva aplicació a través de l'organització, i ha determinat:

- a) les entrades requerides i les sortides esperades d'aquests processos;
- b) la seqüència i interacció d'aquests processos.
- c) l'aplicació dels criteris i els mètodes (incloent el seguiment, els mesuraments i els indicadors de l'acompliment relacionats) necessaris per a assegurar-se de l'operació eficaç i el control d'aquests processos;

- d) els recursos necessaris per a aquests processos i assegurar-se de la seva disponibilitat;
- e) l'assignació de les responsabilitats i autoritats per a aquests processos;
- f) l'abordi dels riscos i oportunitats determinats d'acord amb els requisits de l'apartat 6;
- g) l'avaluació d'aquests processos i implementació de qualsevol canvi necessari per a assegurar-se que aquests processos aconseguen els resultats previstos; (a través d'indicadors);
- h) la millora dels processos i el sistema de gestió de la qualitat.

Els processos determinats per a cada un dels centres , així com els necessaris per a desenvolupar el Sistema de Gestió de Qualitat estan recollits en el mapa de processos **(PRM - MAPA GENERAL DE PROCESSOS)**.

FSFA d'acord amb els requisits de la norma de referència i per a demostrar l'adequada implantació del Sistema de Gestió de la Qualitat:

- a) manté la informació documentada per a donar suport a l'operació dels seus processos;
- i
- b) conserva la informació documentada per a tenir la confiança que els processos es realitzen segons el planificat, d'acord amb el recollit en el Control dels registres.

5.- LIDERATGE I COMPROMÍS

5.1 – LIDERATGE I COMPROMÍS

5.1.1 - Generalitats

5.1.2 - Enfocament al client / pacient

5.2 – POLÍTICA DE QUALITAT

5.2.1 - Establiment de la política de Qualitat

5.2.2 - Comunicació de la política de Qualitat

5.3 – ROLS, RESPONSABILITATS I AUTORITATS

5.1 – LIDERATGE I COMPROMÍS

5.1.1 – Generalitats.

La Direcció General i de cada un dels centres és conscient que l'orientació al client és una part fonamental de la seva responsabilitat, per a això, adopta una postura de Lideratge i Compromís per a crear, mantenir i comunicar a cadascuna de les persones que componen l'organització, la importància de satisfer tant els requisits del client com els legals i reglamentaris.

La Direcció demostra el seu lideratge i compromís respecte al sistema de gestió de la qualitat:

- a) Assumint la responsabilitat i obligació de rendir comptes en relació amb l'eficàcia del sistema de gestió de la qualitat, en les reunions del Patronat i de Direcció;
- b) Assegurant-se que s'estableix la política de la qualitat, recollida en el punt 5.2 d'aquest Manual, i els objectius de la qualitat (**OSGQ - Objectius del sistema de Gestió Qualitat**), recollits en el Quadre de Comandament, per al sistema de gestió de la qualitat, i que aquests són compatibles amb el context i l'adreça estratègica de l'organització;
- c) Assegurant que la política de qualitat és comunicada, entesa i aplicada al centre (a través del lliurament del manual i política, formació específica als treballadors i valoracions de la comprensió dels elements clau de cada departament)
- d) Assegurant-se de la integració dels requisits del sistema de gestió de la qualitat en els processos de servei recollits en el Mapa de Processos (al final d'aquest manual).
- d) Promovent amb això l'ús de l'enfocament a processos i el pensament basat en riscos, recollits i analitzats per a cadascun dels processos;
- e) Assegurant-se que els recursos necessaris per al sistema de gestió de la qualitat estan disponibles i identificats per a cadascun dels objectius i accions associades;

- f) Comunicant la importància d'una gestió de qualitat eficaç i de la conformitat amb els requisits del sistema de gestió de la qualitat, a través de les reunions, formació interna, correu electrònic, comunicats, etc.;
- g) Assegurant-se que el sistema de gestió de la qualitat aconsegueixi els resultats previstos, a través dels resultats obtinguts i gestionats en el Quadre de comandament (RQC v.2 – Quadre de Comando 2023);
- h) Involucrant, comproment, dirigint i fent costat a les persones, per a contribuir a l'eficàcia del sistema de gestió de qualitat;
- i) Promovent la millora contínua, a través de la implantació i seguiment i control de les accions de millora;
- j) Donant suport a altres rols pertinents de la direcció, per a demostrar el seu lideratge en la forma en la qual aplicació a les seves àrees de responsabilitat.

5.1.2 – Enfocament al client

La Direcció assegura que els requisits de les parts interessades pertinents es determinin i es compleixin amb el principal dels propòsits, que és la d'augmentar la satisfacció d'aquests.

Especialment interès a cobrir així les seves necessitats implícites i explícites, que tenen a veure amb les creences, estils de vida i els seus valors.

Per a això la direcció deu:

- Entendre les necessitats i expectatives dels seus clients, fins i tot dels potencials (a través d'entrevistes individuals, formulari de satisfacció, enquestes...).
- Determinar les característiques clau del servei per als clients (contracte de servei per al client), i segons mapa de processos.
- Identificar oportunitats de mercat, febleses i avantatges futurs (a través de **DAFO**; **DAFO -Matriu DAFO** per a l'anàlisi estratègica de la Fundació i que engloben la realitat dels tres centres.)

La Direcció General de FSFA, i la de la resta de direccions de centre, demostra el seu lideratge i compromís respecte a l'enfocament al client assegurant-se que:

Es determinen, es comprenen i es compleixen regularment els requisits del client i els legals i reglamentaris aplicables, recollits en el punt 5.1.1 d'aquest manual, a través dels resultats dels indicadors recollits en el Quadre de comandament;

Es determinen i es consideren els riscos i oportunitats que poden afectar la conformitat dels serveis, identificats per a cadascun dels processos, i a la capacitat d'augmentar la satisfacció del client, identificant els canvis en les expectatives i les necessitats dels clients que ens permetin reaccionar i adequar la planificació dels processos per a mantenir i augmentar la seva satisfacció;

Es manté l'enfocament en l'augment de la satisfacció del client.

5.2 – POLÍTICA DE QUALITAT

5.2.1 – Establiment de la política de Qualitat

La Gerència de la Fundació dirigeix els seus esforços cap a la plena consecució de la satisfacció de les necessitats i expectatives raonables de tots els grups d'interès que formen part de FSFA; i es compromet a emprar tots els recursos tècnics, econòmics i humans al seu abast, sempre dins de l'estricta compliment dels requisits legals aplicables, tant a nivell autonòmic com estatal i europeu.

Per tot això, FSFA adquireix el compromís de garantir la qualitat del Centre, basant les seves actuacions en l'anàlisi de les necessitats i expectatives de tots els seus grups d'interès.

Aquesta filosofia ha d'assumir-se en cadascun dels departaments de centre mitjançant el fidel compliment dels següents principis generals:

- Plena Satisfacció dels nostres clients, oferint serveis que satisfacin les seves necessitats. Per això, enfoquem les nostres accions a identificar, avaluar i definir els requisits del client, les seves necessitats i expectatives, amb l'única fi d'intentar satisfer-les.
- Controlar de manera sistemàtica tots i cadascun de processos dels quals depèn la qualitat del servei prestat.
- Mantenir un alt nivell de millora contínua.
- Motivar i formar en matèria de qualitat (manual acollida, formacions internes, correu, publicació web, portal del treballador, fons pantalla PC, a tots els treballadors / col·laboradors).
- Complir totes les especificacions, normes, requisits legals.
- Aconseguir implicar a totes les persones treballadores que desenvolupen activitats en els centres és un compromís permanent de millora contínua com a norma de conducta del Centre, proposant i implantant les accions que es considerin oportunes amb vista a la consolidació d'una cultura de qualitat.
- Fomentar la comunicació entre el nostre personal treballador com a instrument i via de sortida de tot el potencial creatiu humà. **(PCOM – PROCEDIMENT DE COMUNICACIÓ)**.
- Garantir que el Sistema de Gestió de Qualitat i el Comitè de qualitat **(PSGQ-conformació i funcionament del comitè de qualitat i seguretat del pacient)** es mantenen efectius i que són controlats i revisats de manera periòdica mitjançant auditoria interna PAU- PROCÉS D'AUDITORIES INTERNES, revisió sistema per la direcció PIPD - INFORME PER A LA REVISIO PER LA DIRECCIÓ DEL SISTEMA DE QUALIAT
- Proporcionar una formació contínua dirigida cap a la millora, d'acord amb les necessitats i expectatives del nostre personal treballador i de l'organització. (“PFORM - Formacio, competència i presa de consciència”)

- Potenciar la Millora contínua del sistema de gestió de qualitat a través de l'establiment d'indicadors d'acompliment, seguiment, mesurament, anàlisi i avaluació d'aquests, així com el plantejament d'objectius de qualitat i millora en les funcions i nivells pertinents de l'organització.
- Mantenir la sostenibilitat econòmica per a continuar la millora assistencial i incorporar nous plans de millora.

Aquesta política de qualitat (*DPQV- Política de *Qualitat) proporciona un marc de referència per a establir i revisar els objectius de la qualitat.

La direcció es compromet a divulgar, fer entendre i aplicar la nostra política a tots els nivells de l'organització, proveïdors i tercers que tinguin relació amb *CR El Montseny (parts interessades pertinents), amb el compromís de complir amb les línies establertes, estant les mateixes, disponibles per a tot aquell que desitgi consultar-les.

5.2.2 - Comunicació de la política de Qualitat

Les direccions de cada centre s'asseguren que la política de qualitat:

- a) està disponible i es manté com a informació documentada, en estar publicada en la seva pàgina web <http://www.fundaciosfda.cat/politica> de qualitat.
- b) es comunica també per email corporatiu i formacions internes.

5.3 – ROLS, RESPONSABILITATS I AUTORITATS

Estructura Organització funcional

Les responsabilitats i autoritats estan definides en les fitxes de personal recollides en Registre de llocs de treball (aquestes integren: tasques assignades, Identificació de funcions, posició en l'organigrama, relacions amb altres llocs i competències necessàries), sent comunicades al personal pel responsable de RH i SGC. (MOF -Manual Organització i funcions). La Direcció FSFA té assignades les responsabilitats i autoritats per a:

- a) Assegurar-se que el sistema de gestió de la qualitat és conforme amb els requisits de la norma de referència;
- b) Assegurar-se que els processos estan generant i proporcionant les sortides previstes;
- c) Informar, en particular, a la Direcció sobre l'acompliment del sistema de gestió de la qualitat i sobre les oportunitats de millora, referides en el punt 10.1 d'aquest manual;
(PIPD - INFORME PER A LA REVISIO PER LA DIRECCIÓ DEL SISTEMA DE QUALITAT)
- d) Assegurar-se que es promou l'enfocament al client en tota la Fundació;
- e) Assegurar-se que la integritat del sistema de gestió de qualitat es manté quan es planifiquen i implementen canvis en aquest sistema.

6.- PLANIFICACIO PER AL SISTEMA DE GESTIO DE QUALITAT

6.1 –ACCIONS PER A TRACTAR RISCOS I OPORTUNITATS

6.2 – OBJECTIUS DE QUALITAT I PLANIFICACIO PER A ACONSEGUIR-LOS

6.3 – PLANIFICACIO DELS CANVIS

6.1 –ACCIONS PER A TRACTAR RISCOS I OPORTUNITATS

6.1.1 En planificar el sistema de gestió de la qualitat, FSFA té en consideració les qüestions referides en l'apartat 4.1 i els requisits referits en l'apartat 4.2, i determina els riscos i oportunitats que és necessari abordar amb la finalitat de:

- a) Assegurar que el sistema de gestió de qualitat pot aconseguir els resultats previstos;
- b) Augmentar els efectes desitjables;
- c) Prevenir o reduir efectes no desitjats;
- d) Aconseguir la millora.

6.1.2 La Fundació planifica:

- a) Les accions per a abordar aquests riscos i oportunitats;
- b) La manera de:
 - 1) integrar i implementar les accions en els processos del sistema de gestió de qualitat referits en el punt 4.4.; i
 - 2) avaluar l'eficàcia d'aquestes accions.

Les accions preses per a abordar els riscos i oportunitats, són proporcionals a l'impacte potencial en la conformitat dels serveis i estan recollides en el registre “PGRO – GESTION DE RISCOS I OPORTUNITATS”

6.2 OBJECTIUS DE QUALITAT I *PLANIFICACION PER A ACONSEGUIR-LOS

6.2.1 La Direcció FSFA té marcats objectius de qualitat per a cada nivell de l'organització i per a cadascuna de les funcions rellevants del sistema de gestió de la qualitat que la Direcció estableixi.

Aquests objectius:

- a) Són coherents amb la política de la qualitat;
- b) Són mesurables;
- c) Tenen en compte els requisits aplicables;

- d) Són pertinents per a la conformitat dels serveis i per a l'augment de la satisfacció del client;
- e) Són objecte de seguiment;
- f) Es comuniquen; i actualitzen, segons correspongui.

Es manté informació documentada sobre els objectius de la qualitat, a través dels registres MOSGQ - Objectius del sistema de Gestió Qualitat.

6.2.2 La planificació per a aconseguir els seus Objectius de la Qualitat ha de:

- Establir terminis per a aconseguir objectius, desglossats en metes concretes per a cadascun dels processos
- Definir perfectament els objectius, perquè els treballadors coneguin les aspiracions de La Fundació té respecte al seu treball i com aconseguir-lo.
- El no aconseguir algun objectiu suposa una revisió obligada del procés/ procediment.

Situació actual ----- Situació ideal ----- temps per a aconseguir-ho

En planificar com aconseguir els seus objectius de qualitat, des de la Fundació es determina:

- a) què es farà: Especificar
- b) quins recursos es requereixen: Assolible
- c) qui és el responsable: Realista
- d) quan es finalitza: Temps emprat
- e) com s'avaluen els resultats: Mesurable.

6.3 – PLANIFICACIO DELS CANVIS

Quan l'entitat determina la necessitat de fer canvis en el Sistema de Gestió de Qualitat, aquests canvis es duen a terme de manera planificada, d'acord amb l'indicat en el punt 4.4.

Tenint en consideració:

- a) El propòsit dels canvis i les seves conseqüències potencials;
- b) La integritat del sistema de gestió de qualitat;
- c) La disponibilitat de recursos;
- d) L'assignació o reassignació de responsabilitats i autoritats.

Amb la finalitat de mantenir la idoneïtat i integritat del SGC a llarg termini, l'organització planifiqués els canvis que sorgeixin entre altres de:

- Anàlisi del context de l'organització
- Anàlisi de riscos i oportunitats
- Anàlisis de canvis de necessitats i expectatives de les parts interessades.
- Anàlisi de canvis en requisits legals i reglamentaris aplicables.
- Anàlisi de les causes de les no conformitats

7.- SUPORT

7.1 – RECURSOS

7.1.1 – GENERALITATS

7.1.2 – PERSONES

7.1.3 – INFRAESTRUCTURA

7.1.4 – AMBIENT PER A L'OPERACIÓ DELS PROCESSOS

7.1.5 – RECURSOS DE SEGUIMENT I *MEDICION

7.1.5.1 – GENERALITATS

7.1.5.2 – TRAÇABILITAT DELS MESURAMENTS.

7.1.6 – CONEIXEMENTS ORGANITZATIUS

7.2 – COMPETÈNCIA

7.3 – PRESA DE CONSCIÈNCIA

7.4 – COMUNICACIÓ

7.5 – INFORMACIO DOCUMENTADA

7.5.1 – GENERALITATS

7.5.2 – CREACIO I ACTUALIZACIO

7.5.3 – CONTROL DE LA INFORMACIO DOCUMENTADA

7.1. RECURSOS

7.1.1 - GENERALITATS

La FSFA té a la seva disposició una sèrie de recursos sense els quals no podria subsistir, com són les persones, les instal·lacions, així com el material d'ús continuat. El compromís és gestionar-lo de manera eficient, amb la finalitat d'optimitzar costos i satisfer sobretot al client, a les persones treballadores i amb el medi ambient.

L'entitat té determinats i proporciona els recursos necessaris per a l'establiment, implementació, manteniment i millora contínua del seu Sistema de Gestió de Qualitat, considerant:

- a) les capacitats i limitacions dels recursos interns existents; i
- b) els que necessita obtenir dels proveïdors externs.

Així la Fundació aconsegueix:

- Proporcionar confiança en la capacitat de l'organització per a proporcionar de manera coherent als clients els serveis conformes i, al seu torn, millorar la satisfacció del client.

7.1.2 – PERSONES

FSFA comprèn que per al desenvolupament del sistema de gestió juga un paper primordial el personal treballador integrant de l'organització, per la qual cosa es compromet a cuidar amb especial atenció la selecció del personal, assegurar-se que posseeixi la formació adequada i que s'adapti a les tasques assignades com a la resta dels membres que formen part de l'organització.

Es pretén fomentar la participació de les persones treballadores per a millorar la seva polivalència, el treball en equip i l'enriquiment de les tasques amb la finalitat de millorar l'eficiència i la qualitat dels seus serveis. Per a això el *CR El Montseny té en les seves prioritats:

- Proporcionar Formació contínua (PFORM - Formació, competència i presa de consciència)
- Definir d'una manera clara les autoritats i responsabilitats (MOF -Manual organització i funcions)
- Avaluar els resultats (REFO - Registre avaluació formació)
- Facilitar la participació activa en establir objectius i presa de decisions.
- Motivar
- Facilitar la comunicació en tots els sentits de l'estructura jeràrquica. (PCOM- Procediment de comunicació).

La Fundació s'assegura que el personal treballador és el necessari per a la implementació eficaç del seu sistema de gestió de qualitat i per a l'operació i control dels seus processos.

7.1.3 – INFRAESTRUCTURA

La Fundació disposa i manté les instal·lacions, així com els equips necessaris per al desenvolupament de les seves activitats, amb la tecnologia i l'adequació necessària requerida en tots els seus processos, i la infraestructura necessària per a aconseguir la conformitat amb els requisits del servei que arriba al client.

Aquesta infraestructura, inclou

- a) Edificis i serveis associats;
- b) Equips, incloent-hi maquinari i programari;
- c) Recursos de transport,
- d) Tecnologies de la informació i la comunicació.

Al mateix temps té definits plans de manteniment dels equips i instal·lacions que estan relacionats directament amb el servei prestat al client, per a assegurar que estan en òptimes condicions de funcionament, i coneix la capacitat dels equips i instal·lacions

amb els quals es compta, la qual cosa permet determinar la capacitat de resposta davant la demanda dels clients i l'impacte que tenen les infraestructures sobre l'ambient de treball.

Aquests plans es gestionen i controlen a través del “PCR-Procediment de compres, verificació i avaluació proveïdors”, on s'identifiquen les actuacions a realitzar, responsables i calendari d'actuació, entre altres informacions. PMAN - PROCES DE MANTENIMENT

L'entitat, té un especial compte amb la neteja, adequació i correcte manteniment dels edificis i construccions, sistemes de climatització, espais disponibles per a les operacions i processos, elements de confort per al personal treballador i clients, sistemes informàtics, transports i comunicacions, serveis auxiliars i tots els elements que d'una manera o un altre puguin influir en l'eficàcia dels serveis i el seu resultat final.

7.1.4 – AMBIENT PER A L'OPERACIÓ DELS PROCESSOS

FSFA determina, proporciona i manté l'ambient necessari per a l'operació dels seus processos i per a aconseguir la conformitat dels serveis, de manera que tant els clients com el personal treballador tinguin l'ambient laboral adequat durant el seu desenvolupament, buscant amb això augmentar la satisfacció dels seus clients.

7.1.5 – RECURSOS DE SEGUIMENT I MEDICIO

7.1.5.1 – GENERALITATS

L'organització determina els recursos necessaris per a assegurar-se de la validesa i fiabilitat dels resultats del seguiment i el mesurament, per a verificar la conformitat dels serveis per als requisits especificats. Aquests recursos són:

- Adequats per a l'especificitat de les activitats de seguiment i mesurament realitzades.
- Es mantenen per a assegurar-se de la idoneïtat continuada per al seu propòsit.

Per al seguiment dels resultats, s'utilitzen diferents pràctiques amb les quals comprova la conformitat dels seus serveis com: mètodes d'observació, inspeccions, informes etc.

FSFA conserva la informació documentada apropiada com a evidència que els recursos de seguiment i mesurament són idonis per al seu propòsit, d'acord amb l'indicat en el REMI -Relació d'equips d'inspecció i mesura. (NO APLICABLE A NORMATIVA) preparat per si calgués el DEA i Criticon – lligat a CSAI CAN TORRAS

7.1.5.2 – TRAÇABILITAT DELS MESURAMENTS.

L'entitat considera que la traçabilitat dels mesuraments és un requisit aplicable en els aparells descrits en RIME -Relació d'equips d'inspecció i mesura, i la considera com a part essencial per a proporcionar confiança en la validesa dels

resultats del mesurament. Es realitzen verificació interna mitjançant comparativa (per a bascules) i externes a través d'empreses especialitzades.

La traçabilitat està garantida pel proveïdor extern acreditat (aparells ECG, epoc, críticons). Cada aparell té la seva fitxa de verificació FCE - Informe de calibratge verificació.

7.1.6 – CONEIXEMENTS ORGANITZATIUS

La Fundació té determinats, els coneixements necessaris per a l'operació dels seus processos i per a aconseguir la conformitat dels seus serveis; aquests coneixements es mantenen i estan a la disposició del personal treballador a través de l'O:\ *Qualitat.

Quan es plantegen necessitats i tendències canviants, l'organització considera els coneixements actuals i determina com adquirir o accedir als coneixements addicionals necessaris i a les actualitzacions requerides, a través del PFORM- Formació, competència i presa de consciència.

Per a obtenir els coneixements requerits l'entitat pot considerar:

- Fonts Internes (formació interna impartida a través de l'experiència i coneixement actualitzat dels propis treballadors).
- Fonts externes (Normes, acadèmies, conferències...)

7.2 – COMPETÈNCIA

D'acord amb l'indicat en el punt 7.1.2 d'aquest manual, l'organització té:

- a) Determinada la competència necessària de les persones treballadores que realitzen, sota el seu control, unes funcions que afecta l'acompliment i eficàcia del sistema de gestió de la qualitat, recollida en el MOF - Manual d'organització i funcions.
- b) S'assegura que aquestes persones treballadores siguin competents, basant-se en l'educació, formació o experiència apropiades, quedant recollides aquestes competències en les respectives fitxes de personal del MOF -Manual Organització i funcions;
- c) Quan és aplicable, pren accions per a adquirir la competència necessària i avaluar l'eficàcia de les accions preses, desenvolupant plans de formació per a completar la seva competència, quedant recollida en les fitxes de personal corresponents, sent avaluades aquestes accions en les reunions del Comitè de Formació;
- d) Conserva la informació documentada apropiada com a evidència de la competència, en els registres indicats anteriorment: títols, certificats, etc. En la carpeta de l'arxiu de la persona treballadora.

Els plans de formació s'estableixen generalment amb caràcter anual o bianual, si bé poden definir-se adicional o excepcionalment cursos específics en funció de situacions especials.

La formació del personal treballador i l'avaluació d'aquesta, queda recollida en l'arxiu del responsable de formació o en la documentació del curs.

L'avaluació de l'eficàcia de la formació rebuda, la realitza el responsable del departament o àrea específica. Assegurant-se amb això que el personal treballador és conscient de la importància de les seves activitats i com contribueixen a l'assoliment dels objectius.

7.3 – PRESA DE CONSCIÈNCIA

L'entitat s'assegura que les persones que fan el treball sota el seu control prenen consciència de:

- a) la política de la qualitat;
- b) els objectius de la qualitat; la seva contribució a l'eficàcia del sistema de gestió de qualitat, inclosos els beneficis d'una millora de l'acompliment;
- c) les implicacions de l'incompliment dels requisits del sistema de gestió de qualitat.

A través de la comunicació, participació, formació i l'accés a les metodologies del sistema de gestió de Qualitat.

7.4 – COMUNICACIÓ

L'entitat determina, segons correspongui, les comunicacions internes i externes pertinents al sistema de gestió de qualitat, incloent:

- a) què comunicar;
- b) quan comunicar;
- c) a qui comunicar;
- d) com comunicar;
- e) qui comunica.

La comunicació interna que realitza es realitza des de direcció i comandaments (PCOM - Procediment de comunicació) i, fins als nivells inferiors, es caracteritza per transmetre pautes per a la realització del treball i criteris que es prendran per a la seva valoració, rebent a canvi el seu feedback.

Entre les eines estan:

- Els taulers de notícies, circulars internes, reunions informatives per equips, plenari, reunions amb sindicat, reunions comitès d'empresa.
- Per a una eficaç comunicació externa s'han implantat diferents mesures, com la gestió de les aparicions en xarxes socials, revisió dels continguts de la pàgina web.
- La comunicació amb el client és imprescindible ja que l'organització ha de saber en tot moment tant les necessitats com les objeccions dels seus clients respecte al servei prestat. Per a això l'entitat disposa de:
 - o guia informativa del funcionament del centre/ servei,
 - o manté el servei d'atenció a l'usuari per a qualsevol objecció,

- o es realitzen entrevistes per al feedback de l'usuari,
- o així com les enquestes de satisfacció a l'alta de la persona usuària assistida.

7.5 – INFORMACIÓ DOCUMENTADA

7.5.1 GENERALITATS

El sistema de gestió de qualitat inclou:

- a) La informació documentada requerida per la norma referenciada en el punt 2 d'aquest manual;
- b) La informació documentada que l'entitat determina com a necessària per a l'eficàcia del Sistema de Gestió de Qualitat.

Aquesta documentació es gestiona i controla d'acord amb l'indicat en el procediment "PDOC01 - Elaboració i control de la informació documentada".

La documentació interna del Sistema de Gestió de Qualitat és la recollida en el document RDIN01 - Registre de Documentació Interna

La sistemàtica establerta sobre LOPD en la fundació, es recull en el Manual "Normes de Seguretat – Manual d'acollida al personal (web + de Benvinguda del treballador)" i resta de documentació i procediments associats.

7.5.2 CREACIÓ I ACTUALIZACIÓ

Per a la creació i actualització de la informació documentada, s'ha desenvolupat el procediment referenciat en el punt anterior, ("PDOC01 - Elaboració i control de la informació documentada") a través del qual s'assegura que sigui apropiada:

- a) La identificació i descripció;
- b) El format i els mitjans de suport;
- c) La revisió i aprovació respecte a la conveniència i adequació.

7.5.3 CONTROL DE LA INFORMACIÓ DOCUMENTADA

7.5.3.1 La informació documentada requerida pel Sistema de Gestió de Qualitat, es controla d'acord amb l'indicat en el RDIN01 - Registre de Documentació Interna assegurant-se que:

- a) està disponible i és idònia per al seu ús, on i quan es necessita;
- b) està protegida adequadament.

7.5.3.2 Per al control de la informació documentada, ha establert les següents activitats, segons correspongui:

- a) distribució, accés, recuperació i ús;
- b) emmagatzematge i preservació, inclosa la preservació de la llegibilitat;

- c) control de canvis;
- d) conservació i disposició.

La informació documentada conservada com a evidència de la conformitat, està protegida contra modificacions no intencionades. I es realitzen periòdicament les còpies de seguretat pertinents. Per seguretat informàtica o accessibilitat restringida, es filtren els accessos a les carpetes, es genera algun format PDF etc.

En el cas de l'estupefaent es fa ús d'una caixa forta, amb control d'entrada.

8.- OPERACIÓ

8.1 – PLANIFICACIÓ I CONTROL OPERACIONAL

8.2 – DETERMINACIÓ DELS REQUISITS PER ALS PRODUCTES I SERVEIS

8.2.1 – COMUNICACIÓ AMB EL CLIENT

8.2.2 - DETERMINACIÓ DELS REQUISITS RELACIONATS AMB SERVEIS

8.2.3 – REVISIÓ DELS REQUISITS *REALCIONADOS AMB ELS SERVEIS

8.3 – DISSENY I DESENVOLUPAMENT DELS PRODUCTES I SERVEIS

8.3.1 – GENERALITATS

8.4 – CONTROL DE PRODUCTES I SERVEIS SUBMINISTRATS EXTERNAMENT

8.4.1 – GENERALITATS

8.4.2 – TIPUS I ABAST DEL CONTROL DE LA PROVISIÓ EXTERNA

8.4.3 - INFORMACIÓ PER ALS PROVEÏDORS EXTERNS

8.5 – PRODUCCIÓ I PRESTACIÓ DE SERVEI

8.5.1 - CONTROL DE LA PRODUCCIÓ I DE LA PRESENTACIÓ DEL SERVEI

8.5.2 – IDENTIFICACIÓ I TRAÇABILITAT

8.5.3 – PROPIETAT PERTANYENT ALS CLIENTS O PROVEÏDORS EXTERNS

8.5.4 – PRESERVACIÓ

8.5.5 – ACTIVITATS POSTERIORS AL LLIURAMENT

8.5.6 – CONTROL DELS CANVIS

8.6 – LIBERACIÓ DELS PRODUCTES I SERVEIS

8.7 – CONTROL DELS ELEMENTS DE SORTIDA NO CONFORMES

8.1 – PLANIFICACIÓ I CONTROL OPERACIONAL

La Fundació planifica, implementa i controla els processos necessaris per a complir els requisits per a la provisió de serveis, i per a implementar les accions determinades en el punt 6 del present manual, mitjançant:

- a) La determinació dels requisits per als serveis;
- b) L'establiment de criteris per a:
 - 1) els processos;
 - 2) l'acceptació dels serveis;
- c) La determinació dels recursos necessaris per a aconseguir la conformitat amb els requisits dels serveis;
- d) La implementació del control dels processos d'acord amb els criteris;
- e) La determinació, el manteniment i la conservació de la informació documentada en l'extensió necessària per a:
 - 1) tenir confiança que els processos s'han dut a terme segons el planificat;
 - 2) demostrar la conformitat dels serveis amb els seus requisits.

La sortida d'aquesta planificació és adequada per a les operacions en cada un dels centres.

L'organització controla els canvis planificats i revisa les conseqüències dels canvis no previstos, prenent accions per a mitigar qualsevol efecte advers, segons sigui necessari.

L'entitat s'assegura que els processos contractats externament estan controlats, d'acord amb l'indicat en el punt 8.4.

8.2 – DETERMINACIÓ DELS REQUISITS PER ALS SERVEIS

8.2.1 – COMUNICACIÓ AMB EL CLIENT

FSFA considerem que una adequada i continuada comunicació amb el client és fonamental per a poder oferir-li un servei satisfactori. Els requisits definits per la persona assistida / família són la base per a no sols satisfer al mateix sinó augmentar la seva fidelitat.

Per això, tenim establertes vies de comunicació amb els clients (PCOM-Procédiment de comunicació) amb la finalitat d'obtenir la informació necessària que ens permeti millorar els nostres serveis i al mateix temps:

- a) proporcionar la informació relativa als serveis; a l'efecte d'aclarir i minimitzar qualsevol "risc" de malament interpretació sobre aquest tema.
(PACO- Procédiment d'acolliment).
- b) tractar les consultes, els contractes, les necessitats, incloent-hi els canvis;
- c) obtenir la retroalimentació dels clients relativa als serveis, incloent-hi les queixes, suggeriments i reclamacions dels clients;

RECL01 - PROCEDIMENTO DE QUEIXES, RECLAMACIONES I SUGGERENCIAS

- e) establir els requisits específics per a les accions de contingència, quan sigui pertinent, per a minimitzar els impactes negatius en el client.

En la Fundació disposem d'una pàgina web ([www. https://fundaciosfda.cat/contacte/](https://fundaciosfda.cat/contacte/)) en la qual el client té la possibilitat de realitzar qualsevol tipus de consulta sobre les diferents activitats.

Disposem també d'una adreça de correu electrònic dedicada a contactar-nos en la pàgina web ([www. https://fundaciosfda.cat/contacte/](https://fundaciosfda.cat/contacte/)), on el client pot exposar els seus suggeriments o sol·licituds d'informació.

Al mateix temps, es mantenen també altres vies més convencionals de comunicació, com: telèfon i email. Tot l'anterior aquesta descrit amb major detall en el PCOM -Procediment de comunicació.

8.2.2 - DETERMINACION DELS REQUISITS RELACIONATS AMB SERVEIS

Per a poder oferir un servei que reuneixi les condicions demandades pel client, cal conèixer i identificar clarament quines són les necessitats del client i les característiques que ell busca del nostre servei.

Coneixent aquestes característiques podem introduir millores a fi de cobrir les expectatives i necessitats que el client ens indica.

Per tot això, un aspecte clau és la correcta identificació dels requisits del client que duem a terme a través de la nostra àrea d'atenció a l'usuari, la realització d'enquestes a clients a l'alta.

A través d'aquestes eines i del seu adequat estudi, obtenim la informació precisa per a tenir correctament identificats quals són els requisits que els clients exigeixen i esperen dels nostres serveis.

Quan es determinen els requisits per als serveis que s'oferiran als clients, l'entitat s'assegura que:

- a) els requisits per als serveis es defineixen, incloent:
- 1) qualsevol requisit legal i reglamentari aplicable; (matriu general de requisits legals de cada un dels centres
 - 2) aquells considerats necessaris per a cada un dels centres i FSFA;
- b) L'organització pot satisfer les demandes sobre els serveis que ofereix.

En el procediment acollida (contracte) s'indiquen els requisits aplicables al servei, especificats pel client, els no especificats però necessaris per a la realització correcta del servei, els legals, els reglamentaris aplicables i qualsevol altre requisit que en cada centre consideri necessari.

8.2.3 – REVISIÓ DELS REQUISITS *REALCIONADOS AMB ELS SERVEIS

8.2.3.1 La Fundació té establerta una sistemàtica per a dur a terme la revisió dels requisits expressats pel client, amb la finalitat d'assegurar-se, abans d'establir una relació contractual, que té la capacitat de complir els requisits dels serveis que ofereix als clients, inclosos:

- a) els requisits especificats pel client.
- b) els requisits no establerts pel client, però necessaris per a l'ús especificat o previst, quan sigui conegut;
- c) els requisits especificats per cada un dels centres i FSFA;
- d) els requisits legals i reglamentaris aplicables als serveis;

Una vegada analitzats tots aquests aspectes, establim la nostra millor proposta considerant aspectes tècnics, humans i econòmics per a aconseguir satisfer les necessitats del client, confirmant els requisits del client abans de l'acceptació, quan el client no proporcioni una declaració documentada dels seus requisits.

8.2.3.2 La Fundació conserva la informació documentada:

- a) sobre els resultats de la revisió;
- b) sobre qualsevol requisit nou per als serveis. (nova versió de contracte o annex de contracte en Genomi)

8.3 – DISSENY I DESENVOLUPAMENT DELS SERVEIS

8.3.1 – GENERALITATS

No és aplicable en els processos de l'organització atès que els serveis prestats es basen en especificacions dels clients, en requisits legals i protocols estandarditzats.

El servei que realitza la Fundació, no realitza activitats de disseny i desenvolupament perquè ens guiem per les metodologies de l'administració o per les guies oficials de pràctica clínica i requisits legals respectant la millor evidència científica.

8.4 – CONTROL DE SERVEIS SUBMINISTRATS EXTERNAMENT

L'entitat defineix, implementa i manté els controls adequats sobre els seus proveïdors en funció de l'impacte de la prestació; el primer proveïdor quant a impacte és el de Restauració. (CTNISS- Procediment de seguiment i control empresa proveïdor Restauració) depèn de Can Torras i Centre residencial Montseny

8.4.1 – GENERALITATS

Cada Centre s'assegura que els processos, productes i serveis subministrats externament són conformes als requisits.

Cada Centre ha determinat els controls a aplicar als processos, productes i serveis subministrats externament quan:

- a) els serveis de proveïdors externs estan destinats a incorporar-se dins dels propis productes i serveis de l'entitat ;
- b) els serveis són proporcionats directament als clients per proveïdors externs en nom de l'entitat;

- c) un procés, o una part d'un procés, és proporcionat per un proveïdor extern com a resultat d'una decisió de l'entitat.

FSFA, té determinats i aplica criteris per a l'avaluació, la selecció, el seguiment de l'acompliment i la reavaluació dels proveïdors externs, basant-se en la seva capacitat per a proporcionar processos o productes i serveis d'acord amb els requisits.

L'entitat conserva la informació documentada d'aquestes activitats i de qualsevol acció necessària que sorgeixi de les avaluacions, quedant tot això recollit en el procediment "PCR- Procediment de compres, verificació i avaluació de proveïdors" depèn de Can Torras.

8.4.2 – TIPUS I ABAST DEL CONTROL DE LA PROVISIO EXTERNA

La Fundació s'assegura que els processos, productes i serveis subministrats externament, no afecten de manera adversa a la capacitat de l'organització de lliurar productes i serveis conformes, de manera coherent, als seus clients.

Assegurant-se a més de que:

- a) els processos subministrats externament romanen dins del control del seu Sistema de Gestió de Qualitat;
- b) estan definits els controls que pretén aplicar a un proveïdor extern i els que pretén aplicar a les sortides resultants;
- c) tenint en consideració:
- 1) l'impacte potencial dels processos, productes i serveis subministrats externament, en la capacitat de complir regularment els requisits del client i els legals i reglamentaris aplicables;
 - 2) l'eficàcia dels controls aplicats pel proveïdor extern;
- d) determinar la verificació o altres activitats necessàries per a assegurar-se que els processos, productes i serveis subministrats externament compleixen els requisits.

8.4.3 - INFORMACIO PER ALS PROVEÏDORS EXTERNS

La Fundació s'assegura de l'adequació dels requisits abans de la seva comunicació al proveïdor extern.

La Fundació comunica als proveïdors externs els seus requisits per a:

- a) els processos, productes i serveis a proporcionar;
- b) l'aprovació de:
- 1) productes i serveis;
 - 2) mètodes, processos i equips;
 - 3) el llançament de productes i serveis;
- c) la competència, incloent-hi qualsevol qualificació requerida de les persones;
- d) les interaccions del proveïdor extern amb *CSAI;

- e) el control i el seguiment de l'acompliment del proveïdor extern a aplicar per part de l'entitat;
- f) les activitats de verificació o validació que l'entitat, o el seu client, pretén dur a terme en les instal·lacions del proveïdor extern.

La Fundació entén que tots els requisits estan contemplats en el contracte (o annexos al contracte) amb el proveïdor extern, excepte en el cas de l'empresa de restauració que segueix el seu propi procediment, ampliant no sols els requisits al contracte sinó a plans de millora derivats de les reunions de seguiment.

8.5 –PRESTACIO DE SERVEI

La prestació d'un servei s'ha de realitzar d'acord amb les condicions de control planificades per endavant i documentades. (RDIN01 - Registre de Documentació Interna)

8.5.1 - CONTROL DE LA PRESENTACIO DEL SERVEI

La Fundació té implementada la producció i provisió del servei sota condicions controlades. Aquestes condicions inclouen, quan és aplicable:

- a) la disponibilitat d'informació documentada que defineixi:
 - 1) les característiques dels serveis a prestar, o les activitats a exercir;
 - 2) els resultats a aconseguir;
- b) la disponibilitat i l'ús dels recursos de seguiment i mesurament adequats;
- c) la implementació d'activitats de seguiment i mesurament en les etapes apropiades per a verificar que es compleixen els criteris per al control dels processos o les seves sortides, i els criteris d'acceptació per als productes i serveis;
- d) l'ús de la infraestructura i l'entorn adequats per a l'operació dels processos;
- e) la designació de persones competents, incloent-hi qualsevol qualificació requerida;
- f) la validació i revalidació periòdica de la capacitat per a aconseguir els resultats planificats dels processos de producció i de prestació del servei, quan les sortides resultants no puguin verificar-se mitjançant activitats de seguiment o mesurament posteriors;
- g) la implementació d'accions per a prevenir els errors humans;
- h) la implementació d'activitats d'alliberament, lliurament i posteriors al lliurament.

8.5.2 – IDENTIFICACIO I TRAÇABILITAT

La Fundació garanteix la identificació i traçabilitat de l'activitat a través del número d'història clínica (numero intern propi) que ve donat de manera automàtica i correlativa a més del nom i cognoms, el CIP o el DNI de la persona.

8.5.3 – PROPIETAT PERTANYENT ALS CLIENTS O PROVEÏDORS EXTERNS

FSFA, a través del contracte, especifica que no es fa responsable de la propietat material dels pacients. Encara que existeixen excepcions puntuals i poc ordinàries:

- FSFA cuida la propietat pertanyent als clients o a proveïdors externs mentre estigui sota el seu control o estigui sent utilitzada per la mateixa en el cas de medicaments específics de les persones usuàries.

- I per a aquelles persones que per situació familiar (inexistència de persona referent), i amb deterioració de les funcions cognitives, no són capaces de salvaguardar objectes de valor (diners, targeta sanitària, documentació...). En tal cas s'ofereix el control d'aquestes pertinences custodiades en una caixa forta i controlades pel servei de treball social. En tal cas, l'entitat identifica, verifica, protegeix i salvaguarda la propietat dels clients subministrada per a la seva utilització o incorporació dins dels productes i serveis.

Quan la propietat d'un client o d'un proveïdor extern es perdi, deteriori o d'alguna altra manera es consideri inadequada per al seu ús, l'entitat informa d'això al client o proveïdor extern i conserva la informació documentada sobre l'ocorregut.

8.5.4 – PRESERVACIO

FSFA preserva les sortides durant la prestació del servei, en la mesura necessària per a assegurar-se de la conformitat amb els requisits. Procediment seguretat de dades (genèric per als tres centres de la Fundació)– PALMA – Procediment magatzematge FSFA

8.5.5 – ACTIVITATS POSTERIORES AL LLIURAMENT

FSFA compleix els requisits per a les activitats posteriors al lliurament associades amb els serveis com la Conservació de la història clínica (requisit legal).

En determinar l'abast de les activitats posteriors al lliurament que es requereixen, l'organització considera:

- a) els requisits legals i reglamentaris;
- b) les conseqüències potencials no desitjades associades als seus productes i serveis;
- c) la naturalesa, l'ús i la vida útil prevista dels seus productes i serveis;
- d) els requisits del client;
- e) la retroalimentació del client.

8.5.6 – CONTROL DELS CANVIS

FSFA revisa i controla els canvis per a la prestació del servei, en l'extensió necessària per a assegurar-se de la continuïtat en la conformitat amb els requisits.

FSFA conserva la informació documentada que descriu els resultats de la revisió dels canvis, les persones treballadores que autoritzen el canvi i de qualsevol acció necessària que sorgeixi de la revisió. (PDOC01 - Elaboració i control de la informació documentada i "PIPDv.1 - INFORME PER A LA REVISIO PER LA DIRECCIÓ DEL SISTEMA DE QUALIAT").

8.6 – LIBERACIO DELS SERVEIS

FSFA té implementades disposicions planificades, en les etapes adequades, per a verificar que es compleixen els requisits dels serveis.

FSFA entén que el document d'alta (RIAC. INFORME ALTA) – alta multidisciplinària (tots els document que lliurin – FSTP- Infermeria - Medicina) és els que s'aproxima més a l'alliberament dels serveis. Aquesta haurà d'estar signada pel metge responsable del pacient.

Els alliberaments dels serveis al client no es duen a terme fins que s'han completat satisfactòriament les disposicions planificades, tret que sigui aprovat d'una altra manera per una autoritat pertinent (Alta voluntària, on haurà de ser signada per la persona assistida) i, quan sigui aplicable, pel client.

FSFA conserva la informació documentada sobre l'alliberament dels serveis, aquesta informació inclou:

- a) evidència de la conformitat amb els criteris d'acceptació;
- b) traçabilitat a les persones que autoritzen l'alliberament.

8.7 – CONTROL DELS ELEMENTS DE SORTIDA NO CONFORMES

8.7.1 Control de les sortides no conformes. (no aplicable)

FSFA entén que l'únic control que ha d'assegurar com a sortida no conforme és l'Alta voluntària de l'entitat.

8.7.2 FSFA s'assegura que les sortides que no siguin conformes amb els seus requisits s'identifiquen i es controlen per a prevenir el seu lliurament no intencionat. Identificació, solució del problema.

9.- EVALUACIO DE L'ACOMPLIMENT

9.1 – SEGUIMENT, MEDICIO, ANALISIS I EVALUACIO

9.1.1– GENERALITATS

9.1.2 – SATISFACCIO DEL CLIENT

9.1.3 – ANALISIS I EVALUACIO

9.2 – AUDITORIA INTERNA

9.3 – REVISIO PER LA DIRECCIO

9.3.1 - INFORMACIO D'ENTRADA PER A LA REVISIO

9.3.2 – ELEMENTS DE SORTIDA PER A LA REVISIO

9.1 – SEGUIMENT, MEDICIO, ANALISIS I EVALUACIO

9.1.1. – GENERALITATS

Utilitzant mètodes de mesurament, anàlisi i avaluació l'organització estableix sistemes per a garantir el servei compleix tots els requisits requerits, que es compleix el Sistema de Gestió de la Qualitat, i que persegueix una millora contínua del sistema i dels seus processos.

FSFA determina:

- a) Què és necessari fer seguiment i que és necessari mesurar
- b) Els mètodes de seguiment, anàlisi i avaluació, per a assegurar resultats valguts
- c) Quan s'ha de dur a terme el seguiment i el mesurament
- d) Quan s'ha d'analitzar i avaluar els resultats de seguiment i mesurament

Es conserva informació documentada com evidència dels resultats RCMI -Quadre de comandament Integral – de cada un dels centres on ja esta establert el SGQ.

9.1.2- SATISFACCIO DEL CLIENT

FSFA realitza el seguiment de les percepcions dels clients, del grau en què es compleixen les seves necessitats i expectatives, a través d'enquestes de satisfacció RATE NOW (alta), el magatzematge de les cartes de felicitació pels serveis prestats i enquestes d'opinió (PLAENSA) i específicament la satisfacció sobre la restauració, i determina el mètode per a obtenir, realitzar el seguiment i revisar aquesta informació.

9.1.3 ANALISIS I EVALUACIO

FSFA analitza i avalua les dades i la informació apropiats que sorgeixen pel seguiment i el mesurament. Són dades imprescindibles per a la millora contínua i per a aconseguir la satisfacció del client.

Els resultats de l'anàlisi s'utilitzen per a avaluar:

- a) La conformitat dels serveis;
- b) El grau de satisfacció del client;
- c) L'acompliment i l'eficàcia del Sistema de Gestió de Qualitat;
- d) Si el planificat s'ha implementat de manera efectiva;
- e) L'eficàcia de les accions preses per a abordar els riscos i oportunitats;
- f) L'acompliment dels proveïdors externs;
- g) La necessitat o les oportunitats de millores en el Sistema de Gestió de Qualitat.

9.2 AUDITORIA INTERNA.

9.2.1 FSFA duu a terme auditories internes a intervals planificats per a proporcionar informació sobre si el Sistema de Gestió de Qualitat:

- a) És conforme amb:
 - 1) els requisits propis de FSFA per al seu S.G. de Qualitat;
 - 2) els requisits de les normes de referència;

- b) S'implementa i manté eficaçment.

9.2.2 FSFA, ha desenvolupat i implantat el “Auditories internes” on indica com:

- a) Planifica, estableix, implementa i manté el programa d'auditoria que inclou la freqüència, els mètodes, les responsabilitats, els requisits de planificació i l'elaboració d'informes, que ha de tenir en consideració la importància dels processos involucrats, els canvis que afectin a FSFA i els resultats de les auditories prèvies;
- b) Definir els criteris de l'auditoria i l'abast per a cada auditoria;
- c) Seleccionar els auditors i dur a terme auditories per a assegurar-se de l'objectivitat i la imparcialitat del procés d'auditoria;
- d) Assegurar-se que els resultats de les auditories s'informin la Direcció;
- e) Realitzar les correccions i prendre les accions correctives adequades sense demora injustificada;
- f) Conservar informació documentada com a evidència de la implementació del programa d'auditoria i dels resultats de les auditories.

9.3 REVISIO PER DIRECCIO

9.3.1 GENERALITATS

La Direcció dels centres FSFA revisa el Sistema de Gestió de Qualitat a intervals planificats, per a assegurar-se de la seva conveniència, adequació, eficàcia i alineació contínues amb la direcció estratègica de l'organització.

9.3.2 INFORMACIO D'ENTRADES PER A LA REVISIO

La revisió per la direcció es planifica i duu a terme incloent consideracions sobre:

- a) L'estat de les accions de les revisions per la direcció prèvies;
- b) Els canvis en les qüestions externes i internes que siguin pertinents al sistema de gestió de la qualitat;
- c) La informació sobre l'acompliment i l'eficàcia del sistema de gestió de la qualitat, incloses les tendències relatives a:
 - 1) la satisfacció del client i la retroalimentació de les parts interessades pertinents;
 - 2) el grau en què s'han aconseguit els objectius de la qualitat;
 - 3) l'acompliment dels processos i conformitat dels productes i serveis;
 - 4) les no conformitats i accions correctives;
 - 5) els resultats de seguiment i mesurament;
 - 6) els resultats de les auditories;
 - 7) l'acompliment dels proveïdors externs;
 - d) L'adequació dels recursos;

- e) L'eficàcia de les accions preses per a abordar els riscos i les oportunitats;
- f) Les oportunitats de millora.
- e) Revisió de Missió, Visió i valors

9.3.3 ELEMENTS DE SORTIDA DE LA REVISIÓ

Les sortides de la revisió per la direcció inclouen les decisions i accions relacionades amb:

- a) les oportunitats de millora contínua;
- b) qualsevol necessitat de canvi en el Sistema de Gestió de Qualitat;
- c) les necessitats de recursos.

FSFA conserva informació documentada com a evidència dels resultats de les revisions per la Direcció a través del document de revisió per la direcció (PIPD - INFORME PER A LA REVISIÓ PER LA DIRECCIÓ DEL SISTEMA DE QUALITAT). Les reunions del comitè de qualitat es tractaran punts de la revisió del sistema de manera periòdica (mensual).

10. MILLORA

10.1 GENERALITATS

FSFA determina i selecciona les oportunitats de millora i implementa qualsevol acció necessària per a complir els requisits del client i augmentar la satisfacció d'aquest, incloent:

- a) la millora dels serveis per a complir els requisits, així com considerar les necessitats i expectatives futures;
- b) la correcció, prevenció o reducció dels efectes no desitjats;
- c) la millora de l'acompliment i l'eficàcia del Sistema de Gestió de Qualitat.

10.2 NO CONFORMITAT I ACCIO CORRECTIVA

10.2.1 Quan ocorre una no conformitat, inclosa qualsevol originada per queixes, des de les diferents direccions de centre i el mateix Servei de qualitat pren les següents actuacions:

- a) reaccionar davant la no conformitat i, quan sigui aplicable:
 - 1) pren accions per a controlar-la i corregir-la;
 - 2) fa front a les conseqüències;
- b) avaluar la necessitat d'accions per a eliminar les causes de la no conformitat, amb la finalitat que no torni a ocórrer, ni ocorri en una altra part, mitjançant:
 - 1) la revisió i l'anàlisi de la no conformitat;
 - 2) la determinació de les causes de la no conformitat;
 - 3) la determinació de si existeixen no conformitats similars, o que potencialment puguin ocórrer;

- c) implementar qualsevol acció necessària;
- d) revisar l'eficàcia de qualsevol acció correctiva presa;
- e) si fos necessari, actualitzar els riscos i oportunitats determinats durant la planificació; i
- f) si fos necessari, fer canvis al sistema de gestió de la qualitat.

Les accions correctives són apropiades a l'efecte de les no conformitats trobades, quedant tot això recollit en el "MPINC- Incidències, no conformitats, AC i AM"

10.2.2 FSFA conserva informació documentada com a evidència de:

- a) la naturalesa de les no conformitats i qualsevol acció presa posteriorment;
- b) els resultats de qualsevol acció correctiva.

10.3 MILLORA CONTÍNUA

FSFA millora contínuament la conveniència, adequació i eficàcia del Sistema de Gestió de Qualitat

FSFA considera els resultats de l'anàlisi i l'avaluació, i les sortides de la revisió per la direcció, per a determinar si hi ha necessitats o oportunitats que han de considerar-se com a part de la millora contínua

