

# La integración de los servicios sociales y de salud para las personas mayores

The integration of health and social services for the elderly

Annamaria Campanini<sup>1</sup>

## Resumen

La integración de los servicios sociales y de salud para las personas mayores es una necesidad básica. El artículo presenta una reflexión sobre el sentido general, combinación y alternativas de integración en el sector específico de la tercera edad en el contexto italiano. También destaca los elementos más críticos que surgen de la situación económica actual y la importancia de los programas de formación en los profesionales de la salud y sociales para hacer su integración profesional más eficaz.

**Palabras clave:** Integración, servicios sociales y de salud, personas mayores, Italia.

## Abstract

The integration of social and health services for the elderly is a basic need. The article analyses the meaning and the various facets of integration and then combines it in the specific sector of the elderly, with reference to the Italian context. It also highlights the critical issues arising from the current economic situation and the importance of training programs for professionals in health and social sector in order to realize a more effective professional integration.

**Key words:** Integration, social and health services, old adults, Italy.

**Para citar el artículo:** CAMPANINI, Annamaria. La integración de los servicios sociales y de salud para las personas mayores . *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, diciembre 2015, n. 206, páginas 41-50. ISSN 0212-7210.

<sup>1</sup> Profesora de trabajo social en la Università di Milano Bicocca [annamaria.campanini@unimib.it](mailto:annamaria.campanini@unimib.it)

## ¿Por qué hablar de integración socio-sanitaria?

La Organización Mundial de la Salud, en 1948, adoptó una definición de salud innovadora y multidimensional para su época y a la que identifica como “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no únicamente como ausencia de enfermedad”. KICKBUSCH (en Ingrosso, 1987, pág. 44), en referencia a un modelo ecológico de la salud, ve al individuo como “parte integrante de un grupo social” y reconoce los componentes biológicos y no biológicos de la salud.

Si nos remitimos a la historia del trabajo social, encontramos que en 1905 el Director de la Comisión Médica del Hospital General de Massachusetts (Boston), Richard CABOT (1868-1939), anticipa esta idea. A través de la inclusión del trabajo social en el hospital, el doctor mejora la práctica médica incorporando al diagnóstico las relaciones familiares, el contexto del usuario y la visita domiciliaria, si fuese el caso (CAMPANINI, 2015).

La idea de integración no solo es compatible con la definición de salud mencionada, sino también con los principios del trabajo social que hacen hincapié en la centralidad de la persona y la atención integral en un contexto relacional, familiar y social (NEVE, 2013). La necesidad de integración de los servicios personales deriva de la naturaleza de los problemas a que se enfrentan; esto evita un enfoque parcial e incorpora, como consecuencia, aquellos elementos causales o multifactoriales que participan en el diagnóstico. Se hace por tanto ineficaz analizar y actuar desde una perspectiva única que ignore la especialización profesional y su capacidad para profundizar en técnicas de

intervención que, superando la lógica auto-referente, produzca efectos positivos y evite la cronificación. La comprensión de la realidad, finalmente, no puede ser realizada a través de la acumulación de lecturas parciales, se requiere, en cualquier caso, la reelaboración de puntuaciones diferentes que permitan el acceso a la complejidad (CAMPANINI, 2002).

## Evolución legislativa en Italia

La legislación de los años 70 y 80 del siglo pasado (Reforma de Salud L.833 de 1978) y las diversas leyes sectoriales hicieron hincapié en la importancia de la integración socio-sanitaria en el territorio como articulación de Unidad Local de los Servicios (FERRARIO, 2013). Según VECCHIATO (2013), el Plan Nacional de Salud 1998-2000 representa una síntesis del debate de las tres últimas décadas cuando afirma: “La integración institucional se basa en la necesidad de promover la cooperación entre las diferentes instituciones (en particular empresas de salud, municipios, etc.) que se organizan para lograr metas comunes de salud, utilizando para ello un amplio conjunto de instrumentos jurídicos tales como los convenios y acuerdos del programa”.

La integración de la gestión se encuentra en el nivel operativo y unificada en el distrito y en los distintos servicios que lo componen mediante configuraciones organizativas y mecanismos de coordinación que garantizan el desempeño de actividades, procesos e intervenciones. Condiciones necesarias de la integración profesional son por lo tanto el establecimiento de la unidad de evaluación integrada, la gestión unificada de la documentación, la evaluación del impacto eco-

nómico, la definición de responsabilidades, la continuidad de la atención hospital-distrito, la colaboración entre servicios residenciales y comunitarios, la disposición de vías de atención por tipos de intervención y el uso de índices de complejidad de las prestaciones integradas.

En línea con estas indicaciones, la ley que reforma el sistema de servicios sociales (Ley 328/2000) abordó la cuestión de la integración en diferentes niveles y, en la última década, se han definido mucho mejor las intervenciones socio-sanitarias integradas respecto a su financiación, niveles básicos, costos y criterios para la financiación de parte de las *Aziende Sanitarie Locali* (ASL) (Empresas Locales de Salud) y de los municipios (FERRARIO, 2013). Las primeras ASL son titulares de los servicios sanitarios y sociosanitarios integrados y pueden administrar servicios sociales por delegación municipal sin menoscabo de la titularidad que por ley les corresponde a éstos últimos (FERRARIO, 2013). En Italia el trabajo social profesional está introducido en ambas áreas, actuando sobre funciones asignadas institucionalmente en el ámbito de intervención directa. En concreto y dentro de las Empresas Locales de Salud, los profesionales del trabajo social intervienen en servicios de orientación familiar, drogodependencia, discapacidad y/o enfermedad mental, mientras que los municipios son responsables de los problemas comunitarios (mayores, familia, adultos en estado de necesidad, y proyectos comunitarios). La figura del trabajador social también se puede encontrar en hospitales, hogares y cooperativas; éstas pueden ser acreditadas o bajo forma de convenio municipal para la gestión de los servicios personales a las personas mayores.

## ¿La integración social y la salud, un mito o una realidad posible?

El debate iniciado en los años 70 sobre la necesidad de la integración socio-sanitaria ha ocupado ampliamente a expertos sociales y políticos en el campo de la promoción de la salud y el bienestar. En ocasiones se ha trabajado, sin embargo, desde una “retórica de la integración” que no ha ido siempre acompañada de una práctica coherente con dichos principios. En otros casos, de igual forma, se ha asumido el objetivo de integración en sí mismo, olvidando que supone una estrategia pensada para beneficio del ciudadano.

Desde un punto de vista operativo, la integración socio-sanitaria se desarrolla a nivel institucional, gerencial y profesional (BISSOLO, FAZZI, 2005). La integración institucional garantiza la relación interinstitucional (acuerdos de delegación, convenios y programas). La integración gerencial, por otro lado, asume la gestión de recursos e integra proyectos promoviendo sinergias, procedimientos y directrices operacionales. La integración profesional, finalmente, propone modelos operativos a través de la capacitación de trabajadores que garantice respuestas efectivas que desde instancias individuales no se lograrían.

En la práctica cotidiana los niveles primarios son esenciales para proporcionar un marco de referencia, pero si falta la “tensión profesional” del tercer nivel la integración profesional nunca se hará efectiva a nivel de base. En tal sentido la desconfianza, la autoreferencia profesional e institucional, la rivalidad, el conflicto o la ausencia de formación interdisciplinaria pueden socavar un proyecto integrado y llevarlo al fracaso. Se

hace evidente, así, que la conciencia de pertenencia y la claridad de la misión perseguida son esenciales para desarrollar una gestión eficaz del rol profesional (CAMPANINI, 2002).

A modo de resumen, tanto el papel institucional como la especificidad profesional son factores indispensables para definir expectativas mutuas entre colegas, y no suele ser inusual que la falta de conocimiento y claridad en estas cuestiones lleven a malentendidos que dificultan considerablemente la capacidad de llevar a la práctica la idea de “integración”. Como afirma FASOL (2005), un elemento básico para materializar la integración es la capacidad de trabajar en equipo.

En realidad, es común que un grupo de trabajo sienta fatiga por una tarea realizada durante mucho tiempo. En ocasiones falta en los profesionales preparación y hábito de trabajo desde lo colectivo, y por lo tanto la capacidad desarrollar un propósito que potencie el sentido de membresía. Estas habilidades no se improvisan y no siempre se encuentran presentes en los profesionales que quieran poner en práctica la integración socio-sanitaria.

Un último aspecto que debe ser enfatizado para hacer de la integración una posibilidad real es la integración comunitaria. En consonancia con la ley 328/2000, la solidaridad debe iluminar la toma de decisiones a nivel institucional y profesional; esto posibilita dar valor a las personas y a su autonomía social mediante proyectos promovidos por servicios públicos, mercado y ONG. La propuesta comunitaria permite, en última instancia, conocer las necesidades y estimular procesos operativos que respondan con eficacia a las necesidades de los ciudadanos.

## La integración socio-sanitaria en el sector de las personas mayores

La integración socio-sanitaria ha ganado protagonismo en las últimas décadas no solo por la evolución legislativa y la búsqueda de equilibrios entre costes y servicios, sino sobre todo por los cambios producidos en la estructura demográfica y epidemiológica. En Italia el año 2014 se registró un incremento de un 16% de personas mayores con edades entre 65 y 80 años, y del 5,8% para mayores de 80 años. El informe ISTAT de 2007 muestra que, entre los mayores de 65 años, el 40% sufre al menos una enfermedad crónica, y el 18% tiene limitaciones funcionales que afectan a su vida cotidiana (discapacidad); de éstos últimos, el 68% tiene al menos 3 enfermedades crónicas y el 8% está confinado en su casa.

El sector de las personas mayores es claramente un área donde la necesidad de integración socio-sanitaria es importante en términos de calidad y cantidad. El fenómeno del envejecimiento no únicamente ha incrementado la esperanza de vida, sino que incrementa paralelamente la incidencia de enfermedades, discapacidad y afecciones crónicas; en cuanto a la “parte social”, se produce un claro impacto en la dimensión económica (de subsistencia) y de las relaciones familiares y sociales que dan sentido a la calidad de vida y existencia de la persona mayor. Los servicios ofertados en el contexto italiano, como hemos descrito en un artículo reciente (CAMPANINI, DELLAVALLE, 2014), son muy variados e incluyen medidas para mantener a las personas mayores en su domicilio o disfrutar de servicios residenciales.

En cuanto a la atención domiciliaria nos referimos a comidas a domicilio, teleasistencia,

subvenciones económicas (*Assegni di cura y voucher*) para pagar servicios en el mercado y permisos de trabajo para familiares cuidadores.

Para personas mayores con patologías graves, con discapacidad o enfermedad terminal, el Servicio de Atención Domiciliaria Integrada combina acciones sociales y sanitarias; así, ofrece atención sanitaria, rehabilitación y cuidados en el hogar. En algunos casos puede ser proporcionado como “asistencia domiciliaria de larga duración” allí donde existan problemas crónicos, para favorecer la recuperación de autonomía y relaciones, mejorar la calidad de vida y evitar la hospitalización o internamiento.

A nivel de establecimientos, las “residencias asistenciales flexibles” se destinan a personas mayores en condiciones de autosuficiencia total o parcial mediante servicios hoteleros y de apoyo. Por otro lado, las “residencias sanitarias asistenciales” combinan la atención médica y cuidados en alojamiento temporal o definitivo para las personas con necesidades sanitarias de protección media o alta. En el marco de estos servicios, existen centros (diurnos o residenciales) para pacientes diagnosticados de demencia o Alzheimer, con trastornos de conducta y problemas que requieren tratamiento y rehabilitación.

La integración de los servicios de salud y sociales se presenta no solo como una necesidad vinculada al desarrollo de intervenciones eficaces, sino también como la necesidad de atender a la persona mayor como un todo indivisible que posee un proyecto de vida “global y unitario”, como señaló GUIDUCCI (1988, pág. 115): “Global porque supera las dimensiones del sujeto, y unitario porque es la misma persona la que define la unidad de su ser”. Para hacer realidad el derecho a la salud como fundamental, la in-

■ **Para hacer realidad el derecho a la salud como fundamental, la integración debe ser vista como un valor y al mismo tiempo como la afirmación del principio de la dignidad personal.**

tegración debe ser vista como un valor y al mismo tiempo como la afirmación del principio de la dignidad personal; esta visión permite encarar de manera global y no fragmentada las necesidades de la persona a través de la red de los servicios.

Según lo declarado por la Conferencia de Alma Ata (1978), para resaltar la atención a la persona en su conjunto ésta debe considerarse como un ser social y con una dinámica relacional que se extiende desde la familia a la comunidad en la que vive. Ciertamente, y desde un punto de vista operativo, el sistema familiar es un aspecto de especial relevancia para el análisis de necesidades y la implementación de servicios integrados.

En el ámbito de las personas mayores hay cuestiones que por su naturaleza o evolución requieren una acción compartida de los profesionales que intervienen en el campo social y sanitario. Es el caso de los criterios de financiación y el abono de cantidades a pagar por las empresas locales de salud y municipios, así como de la necesidad de prestar un nivel estándar de servicio y un marco de colaboración que facilite la integración (BISSOLO, FAZZI, 2005). Además de todo ello y al margen de las intervenciones de carácter social o sanitario, se identifican también prestaciones sanitarias de relevancia social, prestaciones sociales de relevancia sanitaria y prestaciones socio-sanitarias de alta integración sanitaria (FERRARIO, 2013).

Es evidente que en el campo de las personas mayores existen intervenciones que son en sí mismas de tipo sanitario, cuya ejecución se lleva a cabo en el marco de las estructuras hospitalarias. Sin embargo, en las últimas décadas cada vez son más frecuentes las situaciones en las que los sujetos necesitan de una acción integrada, y los límites entre la intervención social y sanitaria se presentan “móviles”, variando no únicamente respecto al tipo de usuario y a la cronicidad de sus necesidades. El sector de las personas mayores es paradigmático en este sentido, y la intervención suele tener como objetivo sujetos “frágiles” a nivel psicofísico, en los cuales la atención y prestación de servicios relacionados con los problemas de salud no puede separarse de la atención simultánea sobre su entorno y sus condiciones económicas de supervivencia. Dichas intervenciones dispondrían de una eficacia limitada si no se integran con medidas “sociales” orientadas a promover la reinserción de los sujetos en la comunidad o el mantenimiento de los mismos en su propio entorno.

Un estudio del IRS (Instituto de Investigación Social) de los años 80 evidencia los distintos tipos de relación entre los trabajadores sociales y los servicios de atención médica. El estudio pone en evidencia la necesidad de integración entendida como *conexión* o forma de relación intencional entre sujetos con objetivos comunes que intercambian información y que, distinguiendo sus intervenciones, se dirigen a un mismo público. Es típica en este sentido la relación entre médico y trabajador social, donde incluso una adecuada derivación de la persona mayor no es seguida por una participación en el proyecto de integración. Algunas investigaciones interesantes en este sentido analizan

el papel del trabajador social en la práctica cotidiana de médicos generalistas (MORETTI, MAMMOLI, 2011).

La *coordinación* es un conjunto coherente de acciones de sujetos que comparten un objetivo común, que para lograrlo conservan su propio modo de funcionamiento. Ésta puede llevarse a cabo a través de contactos informales entre operadores, a falta de acuerdos formales entre los sistemas institucionales y/o operativos. La filosofía de la coordinación debe estar presente entre los profesionales hospitalarios y los de los servicios sociales locales, siguiendo el ejemplo de los Estados Unidos, donde se activa una alerta temprana de “fragilidad” de las personas mayores que lo necesitan que permite una planificación adecuada de la acción protectora adecuada (DOTTI, 2015).

La coordinación puede ser activada en proyectos donde cada realidad operativa es responsable de su parte o resultado de una acción formal orientada a todas las etapas del proceso (identificación, diagnóstico, evaluación). Esta acción se puede evidenciar en la Unidad de Evaluación Geriátrica o Unidad de Evaluación Multidimensional (SPISNI, 2013). De acuerdo a la propuesta, la presencia de trabajadores sociales en los comités de evaluación indica la importancia del componente social en los problemas de la tercera y cuarta edad, y reconoce la profesión como sujeto competente en la evaluación socio-sanitaria domiciliaria, residencial y abierta para personas de más de 65 años (PREGNO, 2016). Se puede resaltar, como conclusión, la importancia de la participación activa del trabajador social para, a través de la valoración geriátrica, prestar una atención personalizada a las personas mayores.

■ **La integración, por otro lado, se entiende como la concurrencia de varios profesionales que alcanzan objetivos comunes a través de un informe integrado.**

*La integración*, por otro lado, se entiende como la concurrencia de varios profesionales que alcanzan objetivos comunes a través de un informe integrado; el resultado de tal acción no es la suma de sus partes, sino una nueva estructura organizativa en la que las intervenciones se han mejorado y dinamizado permitiendo una mayor flexibilidad al sistema. Se pueden desarrollar experiencias de atención domiciliaria integradas cuando se realicen prestaciones sanitarias (medicina general y especializada, exámenes médicos, enfermería, rehabilitación, recuperación funcional) combinadas con servicios de bienestar social (ayuda a domicilio, higiene y cuidado personal, ayudas económicas) en un sistema coordinado, generalmente, por un trabajador social.

La ley 328/2000 propone diferentes niveles de bienestar que permiten destacar algunos ejemplos sobre la integración socio-sanitaria para personas mayores en el contexto italiano:

- *Welfare di promozione sociale* o *welfare leggero* (bienestar de promoción social o bienestar ligero): son especialmente útiles como puntos de asesoramiento y orientación en el territorio. Hay varias experiencias en este sentido calificadas como puertas de acceso al sistema integrado que desarrollan la función de secretaría social y proporcionan información sobre el ámbito social y de salud, adecuada a las personas mayores,

para evitar “carreras de obstáculos” en el logro de la prestación de servicios socio-sanitarios.

- *Welfare domiciliare* (bienestar domiciliario): son las iniciativas encaminadas a mantener a las personas mayores en su entorno de vida. La atención domiciliaria integrada es sin duda un servicio central para satisfacer las necesidades de salud y sociales. Esta atención evita medidas de mera práctica administrativa e incorpora una dimensión asistencial integral. Hay que considerar que incluso la presencia de una unidad de valoración geriátrica no garantiza en todas las ocasiones la práctica de la integración. En este sentido, los módulos de trabajo adaptados para la evaluación multidimensional ofrecen un marco donde la acción integrada supone siempre más que la suma de sus partes. Cabe considerar que no siempre se opta por un camino co-evolutivo donde los profesionales de la salud y lo social, junto a la persona y su familia, puedan co-construir un proyecto personalizado que integre las necesidades de la persona en su entorno. La traducción de necesidades complejas y articuladas en prestaciones parceladas (5 incorporaciones, 1 aseo, 2 sesiones de enfermería a la semana; ayuda económica, cheque de servicio), remite al proceso de externalización de los servicios, que reduce al trabajador social a un mero burócrata. El cuidado integral que incorpora escucha, apoyo y asesoramiento está orientado a coconstruir una respuesta adecuada a la forma de vida de la persona mayor no basada en la lógica instrumental.



- El *welfare comunitario* (bienestar comunitario) tiene como objetivo mejorar los intercambios y responsabilidades de aquellos servicios de proximidad de un mismo territorio-comunidad dirigidos a las personas mayores. Se trata de una estructura fundamental para fortalecer la seguridad e inclusión, ya que influye en la reducción de demanda y uso indebido de los servicios de salud. Bajo el *Welfare comunitario* se incluyen diferentes tipos de centros de día que ofrecen servicios de respiro a las familias y donde la intervención social y sanitaria es crucial. El objetivo es evitar convertir dicho servicio en un mero lugar donde dejar a las personas mayores más o menos dependientes o en situación de exclusión, y orientar la intervención a la recuperación de capacidades cognitivas, motoras o relacionales. En este contexto, el trabajador social profesional está directamente involucrado en dos niveles; por un lado activa proyectos individualizados e identifica nuevas formas de atender necesidades, y por otro puede asumir un papel de coordinación y dirección respecto a la red de servicios y competencias para atender las necesidades de la persona y su familia.
- El *welfare residenziale* (bienestar residencial), la *Residenza Sanitaria Assistenziale* (RSA), residencia de personas mayores, es otra institución que da respuesta integral a las necesidades de las personas mayores y su familia. Más allá del “tratamiento” estrictamente médico, el espacio de integración debe desarrollarse en dos direcciones: una orientada a “humanizar” el contexto de vida y hacerlo menos institucionalizante y

más abierto a la comunidad; la otra, hacia el exterior, para mantener activas las relaciones que las personas tienen con sus familias o parejas, mantener el diálogo entre la estructura y el territorio evitando, así, el riesgo de reproducir instituciones aisladas de su entorno social (SPISNI, 2013).

- En relación con el *welfare dell'emergenza* (bienestar de emergencia), hay que señalar que la emergencia hospitalaria no garantiza una implicación inmediata de lo social, incluso si en el hospital existe un trabajador social (DOTTI, 2015). Las relaciones, desde este punto de vista, se alejan de la “conexión” y de la posibilidad de activarse para satisfacer necesidades, por lo que sería más útil planear un protocolo de urgencias integrado que permitiera una lógica de continuidad de la atención, más que salir al paso de situaciones de emergencia (BELLOTTO, 2013). Ante esta situación existen diferentes situaciones que requieren de protocolos predefinidos: protección de las personas mayores que requieran de un alojamiento adecuado en su entorno o, si no es posible, en uno alternativo; y por otro lado atención a personas mayores con problemas psiquiátricos o alcoholismo cuya situación crítica requiera de remisión al hospital o a los servicios sociales locales, y, de aquí, a los servicios de salud mental.

### Cuestiones pendientes

Ya hemos mencionado la importancia de la integración profesional como punto crítico ante muchas situaciones. Dada la necesidad de construir los cimientos de una buena



integración socio-sanitaria, es fundamental una formación básica y permanente para consolidar grupos de trabajo que interactúen de forma sinérgica.

Si realmente se quiere dar un paso adelante respecto a la comprensión de la situación en la que se encuentra la persona mayor, es necesario que dicha comprensión parta de la contribución de los diferentes puntos de vista que la definen sin actitudes maniqueas que defiendan “verdades” absolutas. A través del intercambio, la discusión y aceptando las diferencias, se hace posible la generación de nuevos puntos de vista, no basados en la yuxtaposición y en la suma de las lecturas parciales, sino en una reelaboración creativa que las abarque y supere.

En esta lógica la contribución de todos es fundamental que la especificidad entre en sinergia con los demás, de acuerdo al objetivo común de ayudar a la persona entendida como un todo. Para desarrollar la cultura de integración planteada, es necesario superar una linealidad que en ocasiones puede dar lugar a malentendidos, “culpabilidades” a menudo presentes en la vida cotidiana, el lenguaje y la definición de la realidad. La incorporación de un lenguaje común, con sus sistemas de significación y decodificación, es fundamental para lograr una comunicación funcional.

Por otro lado, la formación conjunta, compartida y participativa permite desarrollar mecanismos de comunicación e integración funcional ayudando a aclarar el significado de determinados términos y llegar a un acuerdo semántico sobre estos significados y evitar malentendidos.

Otro resultado importante es que una adecuada formación permite la circulación de la información y la generación de conoci-

miento. En el grupo se puede y se deben socializar experiencias, leerlas a través de los aportes teóricos y metodológicos, y luego producir sistematización y generalizaciones que ayuden a poner en práctica la cultura profesional.

En el caso italiano hay otro elemento crítico importante. Como se ha analizado en CAMPANINI y DELLAVALLE (2015), el gobierno de centro-derecha liderado por Silvio Berlusconi (6/2001-5/2006; 5/2008-11/2011) no ha completado el proceso de aplicación de la Ley de Reforma 328/2000. La reforma del Título V de la Constitución (L.C. 18 de octubre n. 3) que permite una mayor autonomía a los gobiernos regionales con niveles mínimos de asistencia (LEAS), permite tratamientos diferenciados de acuerdo al lugar de residencia de los ciudadanos. En este contexto ha prevalecido la lógica empresarial sobre la orientación universal, y desde el año 2006 se ha reducido significativamente la financiación del Fondo Nacional para la Política Social y el de personas dependientes.

Por un lado, con el progresivo envejecimiento de la población se ha producido una demanda de servicios que supera la oferta y provoca tiempos de espera muy largos. Para las familias, y especialmente para las mujeres, a falta de un aporte significativo de ayuda por parte de la Administración de los servicios sociales, esto significa una sobrecarga importante de trabajo. Por el otro, nos encontramos con un sistema con creciente escasez de fondos y de lógicas de gestión que producen cada vez más procedimientos burocráticos y de control.

Como consecuencia, los trabajadores sociales y los profesionales del ámbito sanitario se encuentran en una lógica más inclinada

a la prestación de atenciones sociales y sanitarias estandarizadas que al desempeño de una ayuda global a la persona mayor. Tal circunstancia amenaza las profesiones, relegándolas a una dimensión de intervención irrespetuosa con la persona, su autonomía y el derecho a ser atendida desde una óptica global que ayude a sobrellevar las dificultades propias de la fase final de la vida.

■ **Los trabajadores sociales y los profesionales del ámbito sanitario se encuentran en una lógica más inclinada a la prestación de atenciones sociales y sanitarias estandarizadas que al desempeño de una ayuda global a la persona mayor.**

### Bibliografía

- BELLOTTO, Barbara. *Continuità assistenziale*, en CAMPANINI, Annamaria (a cura di). *Nuovo Dizionario di Servizio Sociale*. Roma: Carocci, 2013. Pág. 171-174.
- BISSOLO, Giorgio y FAZZI, Luca. *Costruire l'integrazione sociosanitaria*. Roma: Carocci, 2005. ISBN 9788874661466
- CAMPANINI, Annamaria. *L'intervento sistemico*. Roma: Carocci, 2002. ISBN 9788874660001.
- CAMPANINI, Annamaria. "Prefazione", en DOTTI, Monica. *Il servizio sociale ospedaliero*. Roma: Carocci, 2015. Pág. 7-9.
- CAMPANINI, Annamaria y DELLAVALLE, Marilena. *Situación y transformaciones en los S.S.SS. en Italia. Documentación Social*. Cáritas Española Editores, 2014. N° 175. Pág. 155-173. ISSN 0417-8106.
- DOTTI, Monica. *Il servizio sociale ospedaliero*. Roma: Carocci, 2015. ISBN 9788874667109.
- FASOL, Rino. "L'équipe", en BISSOLO, Giorgio y FAZZI, Luca. *Costruire l'integrazione sociosanitaria*. Roma: Carocci, 2005. Pág. 209-220.
- FERRARIO, Paolo. *Politica dei servizi sociali*. Roma: Carocci, 2013. ISBN 9788874660209.
- GUIDUCCI, Pier Luigi. *Persona e relazionalità tra desiderio e incontro*. Milán: F. Angeli, 1988.
- INGROSSO, Marco (a cura di). *Dalla prevenzione della malattia alla promozione della salute*. Milán: F. Angeli, 1987.
- MORETTI, Carla y MAMMOLI, Milena. "Progetto PASSI: l'integrazione del servizio sociale negli studi medici", en BRONZINI, Micol (a cura di). *Dieci anni di welfare territoriale: pratiche di integrazione socio-sanitaria*. Nàpols-Roma: ESI, 2011.
- PREGNO, Cristiana. *Il servizio sociale per gli anziani*. Roma: Carocci, 2016.
- SPISNI, Luisa. "Servizio sociale e cure geriatriche", en DENTE, Franca. *Nuove Dimensioni del servizio sociale*. Sant'Arcangelo di Romagna: Maggioli, 2013. Pág. 137-155.
- VECCHIATO, Tiziano. "Integrazione sociosanitaria", en CAMPANINI, Annamaria (a cura di). *Nuovo Dizionario di Servizio Sociale*. Roma: Carocci, 2013. Pág. 320-324.