

La integració dels serveis socials i de salut per a les persones grans

The integration of health and social services for the elderly

Annamaria Campanini¹

Resum

La integració dels serveis socials i de salut per a la gent gran és una necessitat bàsica. L'article presenta una reflexió sobre el sentit general, combinació i alternatives d'integració en el sector específic de la tercera edat en el context italià. També destaca els elements més crítics que sorgeixen de la situació econòmica actual i la importància dels programes de formació en els professionals de la salut i socials per fer la seva integració professional més eficaç.

Paraules clau: Integració, serveis socials i de salut, persones grans, Itàlia.

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.

Per citar l'article: CAMPANINI, Annamaria. La integració dels serveis socials i de salut per a les persones grans. *Revista de Treball Social*. Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya, desembre 2015, n. 206, pàgines 41-50. ISSN 0212-7210.

¹ Professora de treball social a la Universitat di Milano Bicocca. annamaria.campanini@unimib.it

Per què parlar d'integració socio-sanitària?

L'Organització Mundial de la Salut, el 1948, va adoptar una definició de salut innovadora i multidimensional per a la seva època i que identifica com “un estat complet de benestar físic, mental i social i no únicament com a absència de malaltia”. KICKBUSCH (en Ingrosso, 1987, pàg. 44), en referència a un model ecològic de la salut, veu l'individu com a “part integrant d'un grup social” i reconeix els components biològics i no biològics de la salut.

Si ens remetem a la història del treball social, trobem que en 1905 el director de la Comissió Mèdica de l'Hospital General de Massachusetts (Boston), Richard CABOT (1868-1939), anticipa aquesta idea. Mitjançant la inclusió del treball social a l'hospital, el doctor millora la pràctica mèdica incorporant al diagnòstic les relacions familiars, el context de l'usuari i la visita domiciliària, si fos el cas (CAMPANINI, 2015).

La idea d'integració no només és compatible amb la definició de salut esmentada, sinó també amb els principis del treball social que posen l'accent en la centralitat de la persona i l'atenció integral en un context relacional, familiar i social (NEVE, 2013). La necessitat d'integració dels serveis personals deriva de la naturalesa dels problemes a què s'enfronten; això evita un enfocament parcial i incorpora, com a conseqüència, aquells elements causals o multifactorials que participen en el diagnòstic. Es fa per tant ineficaç analitzar i actuar des d'una perspectiva única que ignori l'especialització professional i la seva capacitat per aprofundir en tècniques d'in-

tervenció que, superant la lògica autoreferent, produeixi efectes positius i eviti la cronificació. La comprensió de la realitat, finalment, no pot ser realitzada a través de l'acumulació de lectures parcials, es requereix, en qualsevol cas, la reelaboració de puntuacions diferents que permetin l'accés a la complexitat (CAMPANINI, 2002).

Evolució legislativa a Itàlia

La legislació dels anys 70 i 80 del segle passat (Reforma de Salut L.833 de 1978) i les diverses lleis sectorials van posar èmfasi en la importància de la integració socio-sanitària en el territori com a articulació d'Unitat Local dels Serveis (FERRARIO, 2013). Segons VECCHIATO (2013), el Pla Nacional de Salut 1998-2000 representa una síntesi del debat de les tres últimes dècades quan afirma: “La integració institucional es basa en la necessitat de promoure la cooperació entre les diferents institucions (en particular empreses de salut, municipis, etc.) que s'organitzen per aconseguir fites comunes de salut, utilitzant per a això un conjunt ampli d'instruments jurídics com ara els convenis i acords del programa”.

La integració de la gestió es troba en el nivell operatiu i unificada al districte i en els diferents serveis que el componen mitjançant configuracions organitzatives i mecanismes de coordinació que garanteixen l'acompliment d'activitats, processos i intervencions. Condicions necessàries de la integració professional són per tant l'establiment de la unitat d'avaluació integrada, la gestió unificada de la documentació, l'avaluació de l'impacte econòmic, la defi-

nició de responsabilitats, la continuïtat de l'atenció hospital-districte, la col·laboració entre serveis residencials i comunitaris, la disposició de vies d'atenció per tipus d'intervenció i l'ús d'índexs de complexitat de les prestacions integrades.

En línia amb aquestes indicacions, la llei que reforma el sistema de serveis socials (Llei 328/2000) va abordar la qüestió de la integració en diferents nivells i, en l'última dècada, s'han definit molt millor les intervencions sociosanitàries integrades respecte al seu finançament, nivells bàsics, costos i criteris per al finançament de part de les *Aziende Sanitarie Locali* (ASL) (Empreses Locals de Salut) i dels municipis (FERRARIO, 2013). Les primeres ASL són titulars dels serveis sanitaris i sociosanitaris integrats i poden administrar serveis socials per delegació municipal sense detriment de la titularitat que per llei els correspon a aquests últims (FERRARIO, 2013). A Itàlia el treball social professional està introduït en les dues àrees, i actua sobre funcions assignades institucionalment en l'àmbit d'intervenció directa. En concret i dins de les Empreses Locals de Salut, els professionals del treball social intervenen en serveis d'orientació familiar, drogodependència, discapacitat i/o malaltia mental, mentre que els municipis són responsables dels problemes comunitaris (gent gran, família, adults en estat de necessitat, i projectes comunitaris). La figura del treballador social també es pot trobar en hospitals, llars i cooperatives; aquestes poden ser acreditades o sota forma de conveni municipal per a la gestió dels serveis personals a la gent gran.

La integració social i la salut, un mite o una realitat possible?

El debat iniciat en els anys 70 sobre la necessitat de la integració sociosanitària ha ocupat àmpliament experts socials i polítics en el camp de la promoció de la salut i el benestar. En ocasions s'ha treballat, però, des d'una "retòrica de la integració" que no ha anat sempre acompanyada d'una pràctica coherent amb aquests principis. En altres casos, de la mateixa manera, s'ha assumit l'objectiu d'integració en si mateix, oblidant que suposa una estratègia pensada per a benefici del ciutadà.

Des d'un punt de vista operatiu, la integració sociosanitària es desenvolupa a escala institucional, gerencial i professional (BISSOLO, FAZZI, 2005). La integració institucional garanteix la relació interinstitucional (acords de delegació, convenis i programes). La integració gerencial, d'altra banda, assumeix la gestió de recursos i integra projectes promovent sinergies, procediments i directrius operacionals. La integració professional, finalment, proposa models operatius a través de la capacitació de treballadors que garanteixi respostes efectives que des d'instàncies individuals no s'aconseguirien.

A la pràctica quotidiana els nivells primaris són essencials per proporcionar un marc de referència, però si manca la "tensió professional" del tercer nivell la integració professional mai no es farà efectiva a nivell de base. En aquest sentit la desconfiança, l'autoreferència professional i institucional, la rivalitat, el conflicte o l'absència de formació interdisciplinària poden socavar un projecte integrat i portar-lo al fracàs. Es fa evident, així, que la consciència

de pertinença i la claredat de la missió perseguida són essencials per desenvolupar una gestió eficaç del rol professional (CAMPANINI, 2002).

A manera de resum, tant el paper institucional com l'especificitat professional són factors indispensables per definir expectatives mútues entre col·legues, i no sol ser inusual que la manca de coneixement i claredat en aquestes qüestions duguin a malentesos que dificulten considerablement la capacitat de portar a la pràctica la idea d'“integració”. Com afirma FASOL (2005), un element bàsic per materialitzar la integració és la capacitat de treballar en equip.

En realitat, és comú que un grup de treball senti fatiga per una tasca realitzada durant molt de temps. De vegades manca en els professionals preparació i hàbit de treball des del col·lectiu, i per tant la capacitat de desenvolupar un propòsit que potenciï el sentit de ser membres. Aquestes habilitats no s'improvisen i no sempre es troben presents en els professionals que vulguin posar en pràctica la integració sociosanitària.

Un últim aspecte que s'ha d'emfatitzar per fer de la integració una possibilitat real és la integració comunitària. D'acord amb la llei 328/2000, la solidaritat ha d'il·luminar la presa de decisions a escala institucional i professional; això possibilita donar valor a les persones i a la seva autonomia social mitjançant projectes promoguts per serveis públics, mercat i ONG. La proposta comunitària permet, en última instància, conèixer les necessitats i estimular processos operatius que responguin amb eficàcia a les necessitats dels ciutadans.

La integració sociosanitària en el sector de les persones grans

La integració sociosanitària ha guanyat protagonisme en les últimes dècades, no només per l'evolució legislativa i la recerca d'equilibris entre costos i serveis, sinó sobretot pels canvis produïts en l'estructura demogràfica i epidemiològica. A Itàlia l'any 2014 es va registrar un increment d'un 16% de persones grans amb edats entre 65 i 80 anys, i del 5,8% per a més grans de 80 anys. L'informe ISTAT de 2007 mostra que, entre els més grans de 65 anys, el 40% pateix almenys una malaltia crònica, i el 18% té limitacions funcionals que afecten la seva vida quotidiana (discapacitat); d'aquests últims, el 68% té com a mínim 3 malalties cròniques i el 8% està confinat a casa seva.

El sector de la gent gran és clarament una àrea on la necessitat d'integració sociosanitària és important en termes de qualitat i quantitat. El fenomen de l'envel·liment no únicament ha incrementat l'esperança de vida, sinó que incrementa paral·lelament la incidència de malalties, discapacitat i afeccions cròniques; pel que fa a la “part social”, es produeix un impacte clar en la dimensió econòmica (de subsistència) i de les relacions familiars i socials que donen sentit a la qualitat de vida i existència de la persona gran. Els serveis oferts en el context italià, com hem descrit en un article recent (CAMPANINI, DELLAVALLE, 2014), són molt variats i inclouen mesures per mantenir la gent gran al seu domicili o gaudir de serveis residencials.

Pel que fa a l'atenció domiciliària ens referim a menjars a domicili, teleassistència,

subvencions econòmiques (*Assegni di cura i voucher*) per pagar serveis en el mercat i permisos de treball per a familiars cuidadors.

Per a persones grans amb patologies greus, amb discapacitat o malaltia terminal, el Servei d'Atenció Domiciliària Integrada combina accions socials i sanitàries; així, ofereix atenció sanitària, rehabilitació i cures a la llar. En alguns casos pot ser proporcionat com a “assistència domiciliària de llarga durada” allà on hi hagi problemes crònics, per afavorir la recuperació d'autonomia i relacions, millorar la qualitat de vida i evitar l'hospitalització o interament.

A nivell d'establiments, les “residències assistencials flexibles” es destinen a persones grans en condicions d'autosuficiència total o parcial mitjançant serveis hotelers i de suport. D'altra banda, les “residències sanitàries assistencials” combinen l'atenció mèdica i cures en allotjament temporal o definitiu per a les persones amb necessitats sanitàries de protecció mitjana o alta. En el marc d'aquests serveis, hi ha centres (diürns o residencials) per a pacients diagnosticats de demència o Alzheimer, amb trastorns de conducta i problemes que requereixen tractament i rehabilitació.

La integració dels serveis de salut i socials es presenta no només com una necessitat vinculada al desenvolupament d'intervencions eficaces, sinó també com la necessitat d'atendre la persona gran com un tot indivisible que posseeix un projecte de vida “global i unitari”, com va assenyalar GUIDUCCI (1988, pàg. 115): “Global perquè supera les dimensions del subjecte, i unitari perquè és la mateixa persona la que defineix la unitat del seu ésser”. Per fer realitat el dret a la salut com a fona-

■ **Per fer realitat el dret a la salut com a fonamental, la integració s'ha de veure com un valor i al mateix temps com l'afirmació del principi de la dignitat personal.**

mental, la integració s'ha de veure com un valor i al mateix temps com l'afirmació del principi de la dignitat personal; aquesta visió permet encarar de manera global i no fragmentada les necessitats de la persona a través de la xarxa dels serveis.

Segons el que va declarar la Conferència d'Alma Ata (1978), per ressaltar l'atenció a la persona en el seu conjunt aquesta s'ha de considerar com un ésser social i amb una dinàmica relacional que s'estén des de la família a la comunitat en què viu. Certament, i des d'un punt de vista operatiu, el sistema familiar és un aspecte de rellevància especial per a l'anàlisi de necessitats i la implementació de serveis integrats.

En l'àmbit de la gent gran hi ha qüestions que per la seva naturalesa o evolució requereixen una acció compartida dels professionals que intervenen en el camp social i sanitari. És el cas dels criteris de finançament i l'abonament de quantitats a pagar per les empreses locals de salut i municipis, així com de la necessitat de prestar un nivell estàndard de servei i un marc de col·laboració que faciliti la integració (BISSOLO, FAZZI, 2005). A més de tot això i al marge de les intervencions de caràcter social o sanitari, s'identifiquen també prestacions sanitàries de rellevància social, prestacions socials de rellevància sanitària i prestacions sociosanitàries d'alta integració sanitària (FERRARIO, 2013).

És evident que en el camp de la gent gran hi ha intervencions que són en si mateixes de tipus sanitari, l'execució de les quals es porta a terme en el marc de les estructures hospitalàries. No obstant això, en les últimes dècades cada vegada són més freqüents les situacions en què els subjectes necessiten una acció integrada, i els límits entre la intervenció social i sanitària es presenten “mòbils”, i varien no únicament quant al tipus d'usuari i a la cronicitat de les seves necessitats. El sector de la gent gran és paradigmàtic en aquest sentit, i la intervenció sol tenir com a objectiu subjectes “fràgils” a nivell psicofísic, en els quals l'atenció i prestació de serveis relacionats amb els problemes de salut no pot separar-se de l'atenció simultània sobre el seu entorn i les seves condicions econòmiques de supervivència. Aquestes intervencions disposarien d'una eficàcia limitada si no s'integren amb mesures “socials” orientades a promoure la reinserció dels subjectes en la comunitat o el seu manteniment en el seu propi entorn.

Un estudi de l'IRS (Institut de Recerca Social) dels anys 80 evidencia els diferents tipus de relació entre els treballadors socials i els serveis d'atenció mèdica. L'estudi posa en evidència la necessitat d'integració entesa com *connexió* o forma de relació intencional entre subjectes amb objectius comuns que intercanvien informació i que, distingint les seves intervencions, es dirigeixen a un mateix públic. És típica en aquest sentit la relació entre metge i treballador social, on fins i tot una derivació adequada de la persona gran no és seguida per una participació en el projecte d'integració. Algunes recerques interes-

sants en aquest sentit analitzen el paper del treballador social en la pràctica quotidiana de metges generalistes (MORETTI, MAMMOLI, 2011).

La *coordinació* és un conjunt coherent d'accions de subjectes que comparteixen un objectiu comú, que per aconseguir-lo conserven la seva pròpia manera de funcionar. Pot dur-se a terme a través de contactes informals entre operadors, a falta d'acords formals entre els sistemes institucionals i/o operatius. La filosofia de la coordinació ha d'estar present entre els professionals hospitalaris i els dels serveis socials locals, seguint l'exemple dels Estats Units, on s'activa una alerta primerenca de “fragilitat” de les persones grans que ho necessiten que permet una planificació adequada de l'acció protectora adequada (DOTTI, 2015).

La coordinació pot activar-se en projectes on cada realitat operativa és responsable de la seva part o resultat d'una acció formal orientada a totes les etapes del procés (identificació, diagnòstic, avaluació). Aquesta acció es pot evidenciar a la Unitat d'Avaluació Geriàtrica o Unitat d'Avaluació Multidimensional (SPISNI, 2013). D'acord amb la proposta, la presència de treballadors socials en els comitès d'avaluació indica la importància del component social en els problemes de la tercera i quarta edat, i reconeix la professió com a subjecte competent en l'avaluació sociosanitària domiciliària, residencial i oberta per a persones de més de 65 anys (PREGNO, 2016). Es pot ressaltar, com a conclusió, la importància de la participació activa del treballador social per, a través de la valoració geriàtrica, donar una atenció personalitzada a les persones grans.

■ **La integració, d'altra banda, s'entén com la concurrència de diversos professionals que assoleixen objectius comuns a través d'un informe integrat.**

La integració, d'altra banda, s'entén com la concurrència de diversos professionals que assoleixen objectius comuns a través d'un informe integrat; el resultat de l'acció no és la suma de les parts, sinó una nova estructura organitzativa en què les intervencions s'han millorat i dinamitzat i permeten més flexibilitat al sistema. Es poden desenvolupar experiències d'atenció domiciliària integrades quan es duguin a terme prestacions sanitàries (medicina general i especialitzada, exàmens mèdics, infermeria, rehabilitació, recuperació funcional) combinades amb serveis de benestar social (ajuda a domicili, higiene i cura personal, ajudes econòmiques) en un sistema coordinat, generalment, per un treballador social.

La llei 328/2000 proposa diferents nivells de benestar que permeten destacar alguns exemples sobre la integració socio sanitària per a gent gran en el context italià:

- *Welfare di promozione sociale* o *welfare leggero* (benestar de promoció social o benestar lleuger): són especialment útils com a punts d'assessorament i orientació en el territori. Hi ha diverses experiències en aquest sentit qualificades com a portes d'accés al sistema integrat que desenvolupen la funció de secretaria social i proporcionen informació sobre l'àmbit social i de salut, adequada a la gent gran,
- per evitar “carreres d'obstacles” en l'assoliment de la prestació de serveis socio sanitàris.
- *Welfare domiciliare* (benestar domiciliari): són les iniciatives encaminades a mantenir la gent gran en el seu entorn de vida. L'atenció domiciliària integrada és sens dubte un servei central per satisfer les necessitats de salut i socials. Aquesta atenció evita mesures de mera pràctica administrativa i incorpora una dimensió assistencial integral. Cal considerar que fins i tot la presència d'una unitat de valoració geriàtrica no garanteix en totes les ocasions la pràctica de la integració. En aquest sentit, els mòduls de treball adaptats per a l'avaluació multidimensional ofereixen un marc on l'acció integrada suposa sempre més que la suma de les parts. Cal considerar que no sempre s'opta per un camí coevolutiu en què els professionals de la salut i socials, al costat de la persona i la seva família, puguin coconstruir un projecte personalitzat que integri les necessitats de la persona en el seu entorn. La traducció de necessitats complexes i articulades en prestacions parcel·lades (5 incorporacions, 1 lavabo, 2 sessions d'infermeria a la setmana; ajuda econòmica, xec de servei), remet al procés d'externalització dels serveis, que redueix el treballador social a un mer buròcrata. La cura integral que incorpora escolta, suport i assessorament està orientat a coconstruir una resposta adequada a la forma de vida de la persona gran no basada en la lògica instrumental.

- El *welfare comunitario* (benestar comunitari) té com a objectiu millorar els intercanvis i responsabilitats d'aquells serveis de proximitat d'un mateix territori-comunitat dirigits a la gent gran. És una estructura fonamental per enfortir la seguretat i inclusió, ja que influeix en la reducció de demanda i ús indegut dels serveis de salut. Sota el Welfare comunitari s'inclouen diferents tipus de centres de dia que ofereixen serveis de respir a les famílies i on la intervenció social i sanitària és crucial. L'objectiu és evitar convertir aquest servei en un mer lloc on deixar la gent gran més o menys dependent o en situació d'exclusió, i orientar la intervenció a la recuperació de capacitats cognitives, motores o relacionals. En aquest context, el treballador social professional està directament involucrat en dos nivells; d'una banda activa projectes individualitzats i identifica noves maneres d'atendre necessitats, i de l'altra pot assumir un paper de coordinació i direcció pel que fa a la xarxa de serveis i competències per atendre les necessitats de la persona i la seva família.
- El *welfare residenziale* (benestar residencial), la *Residenza Sanitaria Assistenziale* (RSA), residència de gent gran, és una altra institució que dona resposta integral a les necessitats de la gent gran i la seva família. Més enllà del "tractament" estrictament mèdic, l'espai d'integració s'ha de desenvolupar en dues direccions: orientada a "humanitzar" el context de vida i fer-lo menys institucionalitzant i més obert a la comunitat; l'altra cap a l'ex-

terior, per mantenir actives les relacions que les persones tenen amb les seves famílies o parelles, mantenir el diàleg entre l'estructura i el territori evitant, així, el risc de reproduir institucions aïllades del seu entorn social (SPISNI, 2013).

- En relació amb el *welfare dell'emergenza* (benestar d'emergència), cal assenyalar que l'emergència hospitalària no garanteix una aplicació immediata del social, fins i tot si a l'hospital hi ha un treballador social (DOTTI, 2015). Les relacions, des d'aquest punt de vista, s'allunyen de la "connexió" i de la possibilitat d'activar-se per satisfer necessitats, per la qual cosa seria més útil planejar un protocol d'urgències integrat que permetés una lògica de continuïtat de l'atenció, més que sortir al pas de situacions d'emergència (BELLOTTO, 2013). Davant d'aquesta situació hi ha diferents situacions que requereixen protocols predefinitos: protecció de les persones grans que requereixen un allotjament adequat al seu entorn o, si no és possible, en un d'alternatiu; i d'altra banda atenció a persones grans amb problemes psiquiàtrics o alcoholisme la situació crítica de les quals requereixi remissió a l'hospital o als serveis socials locals, i, d'aquí, als serveis de salut mental.

Qüestions pendents

Ja hem esmentat la importància de la integració professional com a punt crític davant moltes situacions. Atesa la necessitat de construir els fonaments d'una bona

integració sociosanitària, és fonamental una formació bàsica i permanent per consolidar grups de treball que interactuïn de forma sinèrgica.

Si realment es vol fer un pas endavant en la comprensió de la situació en què es troba la persona gran, cal que aquesta comprensió parteixi de la contribució dels diferents punts de vista que la defineixen sense actituds maniquees que defensin “veritats” absolutes. A través de l’intercanvi, la discussió i acceptant les diferències, es fa possible la generació de nous punts de vista, no basats en la juxtaposició i en la suma de les lectures parcials, sinó en una reelaboració creativa que les abasti i superi.

En aquesta lògica la contribució de tots és fonamental que l’especificitat entri en sinergia amb els altres, d’acord a l’objectiu comú d’ajudar la persona entesa com un tot. Per desenvolupar la cultura d’integració plantejada, cal superar una linealitat que en ocasions pot donar lloc a malentesos, “culpabilitats” sovint presents en la vida quotidiana, el llenguatge i la definició de la realitat. La incorporació d’un llenguatge comú, amb els seus sistemes de significació i descodificació, és fonamental per aconseguir una comunicació funcional.

D’altra banda, la formació conjunta, compartida i participativa permet desenvolupar mecanismes de comunicació i integració funcional ajudant a aclarir el significat de determinats termes i arribar a un acord semàntic sobre aquests significats i evitar malentesos.

Un altre resultat important és que una formació adequada permet la circulació de la informació i la generació de coneixement. En el grup es pot i s’han de socialitzar experiències, llegir-les a través de les

aportacions teòriques i metodològiques, i després produir sistematització i generalitzacions que ajudin a posar en pràctica la cultura professional.

En el cas italià hi ha un altre element crític important. Com s’ha analitzat en CAMPANINI i DELLAVALLE (2015), el govern de centre-dreta liderat per Silvio Berlusconi (6/2001-5/2006; 5/2008-11/2011) no ha completat el procés d’aplicació de la Llei de reforma 328/2000. La reforma del títol V de la Constitució (L.C. 18 d’octubre n. 3) que permet una major autonomia als governs regionals amb nivells mínims d’assistència (LEAS), permet tractaments diferenciats d’acord al lloc de residència dels ciutadans. En aquest context ha prevalgut la lògica empresarial sobre l’orientació universal, i des de l’any 2006 s’ha reduït significativament el finançament del Fons Nacional per a la Política Social i el de persones dependents.

D’una banda, amb l’envelliment progressiu de la població s’ha produït una demanda de serveis que supera l’oferta i provoca temps d’espera molt llargs. Per a les famílies, i especialment per a les dones, a falta d’una aportació significativa d’ajuda per part de l’Administració dels serveis socials, això significa una sobrecàrrega important de treball. De l’altra, ens trobem amb un sistema amb creixent escassetat de fons i de lògiques de gestió que produeixen cada vegada més procediments burocràtics i de control.

Com a conseqüència, els treballadors socials i els professionals de l’àmbit sanitari es troben en una lògica més inclinada a la prestació d’atencions socials i sanitàries estandarditzades que al desenvolupament d’un ajut global a la persona gran.

Aquesta circumstància amenaça les professions, les relega a una dimensió d'intervenció irrespectuosa amb la persona, la seva autonomia i el dret a ser atesa des d'una òptica global que ajudi a suportar les dificultats pròpies de la fase final de la vida.

■ Els treballadors socials es troben en una lògica més inclinada a la prestació d'atencions socials i sanitàries estandarditzades que al desenvolupament d'un ajut global a la persona gran.

Bibliografia

- BELLOTTO, Barbara. *Continuità assistenziale*, en CAMPANINI, Annamaria (a cura di). *Nuovo Dizionario di Servizio Sociale*. Roma: Carocci, 2013. Pàg. 171-174.
- BISSOLO, Giorgio i 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. Pàg. 7-9.
- CAMPANINI, Annamaria i DELLAVALLE, Marilena. *Situación y transformaciones en los SS.SS. en Italia. Documentación Social*. Cáritas Española Editores, 2014. Núm. 175. Pàg. 155-173. ISSN 0417-8106.
- DOTTI, Monica. *Il servizio sociale ospedaliero*. Roma: Carocci, 2015. ISBN 9788874667109.
- FASOL, Rino. "L'équipe", en BISSOLO, Giorgio i FAZZI, Luca. *Costruire l'integrazione sociosanitaria*. Roma: Carocci, 2005. Pàg. 209-220.
- FERRARIO, Paolo. *Politica dei servizi sociali*. Roma: Carocci, 2013. ISBN 9788874660209.
- GUIDUCCI, Pier Luigi. *Persona e relazionalità tra desiderio e incontro*. Milà: F. Angeli, 1988.
- INGROSSO, Marco (a cura di). *Dalla prevenzione della malattia alla promozione della salute*. Milà: F. Angeli, 1987.
- MORETTI, Carla i 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. Pàg. 137-155.
- VECCHIATO, Tiziano. "Integrazione sociosanitaria", en CAMPANINI, Annamaria (a cura di). *Nuovo Dizionario di Servizio Sociale*. Roma: Carocci, 2013. Pàg. 320-324.