

# Integrazione IIPP e personale di supporto



Collegio IPASVI Como e Provincia



# Agenda

---

- Le **figure di supporto** dell'assistenza infermieristica in ambito sanitario e sociale: ricognizione storica
- L'**ASA** e l'**Operatore Socio Sanitario**: la normativa Nazionale e quella Regionale
- L'**attribuzione di compiti** agli ASA e agli OSS: variabili e criteri
- Non solo organizzazione:
  - dalle prescrizioni alla **costruzione di convergenze**
  - dall'operatività alla **rappresentazione condivisa** dei problemi dell'assistito
- Lavoro "sul campo"

## Figure di supporto: ricognizione storica (1)

Le figure di supporto che storicamente sono presenti all'interno degli ospedali e dei servizi e che tradizionalmente sono state inquadrate come personale esecutivo sono gli **Ausiliari**



## Figure di supporto: ricognizione storica (2)

L'Accordo Nazionale Unico di Lavoro per il Personale Ospedaliero (A.N.U.L.) del 1974 prevedeva due tipi di ausiliari:

- **Ausiliario-portantino (primi sei mesi di assunzione)**
- **Ausiliario**

## Figure di supporto: ricognizione storica (3)

A.N.U.L. del 1979 distingueva:

- **Addetto alle mansioni di pulizia (1° livello retributivo)**
- **Ausiliario Socio Sanitario:** la sua unica azione “assistenziale” era il trasporto degli ammalati.

## Figure di supporto: ricognizione storica (4)

A.N.U.L. del 1980:

**Prevedeva due figure di Ausiliario:**

- **Ausiliario Socio-Sanitario**
- **Ausiliario Socio-Sanitario Specializzato**



Venivano confermate dal DPR 25 Giugno 1983  
n. 348 (primo contratto unico della Sanità)

## Figure di supporto: ricognizione storica (5)

Per l' **Ausiliario Socio-Sanitario Specializzato** - che era inserito nel ruolo tecnico - erano previsti brevi corsi di addestramento e il D.M. 10 febbraio 1984 (*“Identificazione dei profili professionali attinenti a figure atipiche...”*) prevedeva alcune precise azioni “assistenziali” sul paziente... →

## Figure di supporto: ricognizione storica (6)

→ *“L’ ausiliario socio sanitario provvede al trasporto degli infermi in barella ed in carrozzella ed al loro accompagnamento se deambulanti con difficoltà. Collabora con il personale infermieristico (non è detto che fosse il personale **professionale** infermieristico) nelle pulizie del malato allettato e nelle manovre di posizionamento del letto”*

## Figure di supporto: ricognizione storica (7)

*L'ausiliario Socio-Sanitario specializzato "è responsabile della corretta esecuzione dei compiti che gli sono stati affidati dal caposala e prende parte alla programmazione degli interventi assistenziali per il degente."*

- abbandono dell'esclusività delle mansioni di pulizia
- impegno in elementari mansioni di carattere assistenziale

Formazione: 310 ore di corso (110 ore teoriche + 200 ore pratiche)

## Figure di supporto: ricognizione storica (8)

O.T.A.

DPR 28.11.1990 n. 384

Questo contratto istituiva la figura dell'**Operatore Tecnico addetto all'Assistenza** (quarto livello retributivo) e riuniva al terzo livello l'Ausiliario Socio-Sanitario e l'Ausiliario Socio-Sanitario Specializzato.

# Figure di supporto: ricognizione storica (9)

D.M. 26 luglio 1991 n. 295

O.T.A.

Regolamentava la formazione dell'OTA:

- I corsi di formazione dovevano essere gestiti direttamente dalle scuole per infermieri professionali delle USL o *“presso altre strutture dotate delle necessarie attrezzature didattiche individuate dalle regioni e dalle Province autonome”*
- Il corso teorico-pratico doveva durare 670 ore

# Figure di supporto: ricognizione storica (10)

D.M. 26 luglio 1991 n. 295

O.T.A.

- Specificava che la nuova figura doveva essere inserita nelle equipe assistenziali delle unità operative ospedaliere
- Per questo inserimento la Direzione Sanitaria - tramite gli Infermieri Dirigenti – avrebbe dovuto attuare una revisione dei modelli di organizzazione del lavoro infermieristico

# Figure di supporto: ricognizione storica (11)

O.T.A.

D.M. 26 luglio 1991 n. 295

- L'art. 7 prevedeva la predisposizione di **“*protocolli operativi e piani di attività* che fungano da guida e supporto alle attività pratiche dell'OTA e da strumento di verifica e valutazione delle stesse.”**
- L'OTA era subordinata all'IP e al CS in quanto agiva sotto la loro “diretta responsabilità”

# Figure di supporto: ricognizione storica (12)

O.T.A.

D.M. 26 luglio 1991 n. 295

- Le mansioni assistenziali demandate all'OTA erano tre e dovevano essere eseguite *“sotto la collaborazione o su indicazione dell'infermiere professionale”*:
  - rifacimento del letto occupato
  - igiene personale del paziente
  - posizionamento e mantenimento delle posizioni terapeutiche

# Figure di supporto: ricognizione storica (13)

O.T.A.

La figura dell'OTA, ma ancor prima quello dell'Ausiliario Socio Sanitario Specializzato, era di **natura strettamente ospedaliera** e quindi lasciava scoperto il settore sociale, il settore dell'assistenza domiciliare e territoriale in genere.

A questa carenza hanno supplito le varie Regioni creando con propri provvedimenti legislativi una figura di operatore di supporto nel settore sociale che hanno assunto nomi diversi a seconda delle Regioni: ADEST/OSA/ASA, ecc.

## Figure di supporto: ricognizione storica (14)

**ASA**

Il profilo professionale di questo Ausiliario si evince dalla delibera del **Consiglio Regionale della Lombardia** del 28.02.1989 n. IV 1267 che prevede il suo impiego... →

# Figure di supporto: ricognizione storica (15)

ASA

→ ... *“nelle strutture protette per handicappati o anziani, nelle case di riposo nei servizi di assistenza domiciliare diretta ad anziani, handicappati o nuclei familiari in difficoltà, nei servizi per handicappati, nei centri di pronto intervento per persone in difficoltà e a rischio di emarginazione, nelle comunità alloggio per handicappati minori, tossicodipendenti e nei centri diurni per anziani.”*

# Figure di supporto: ricognizione storica (16)

**ASA**

Negli anni '90, l'emergenza di nuovi bisogni e l'accentuarsi di una cultura socio-sanitaria, rendono *“il lavoro di questa figura più complesso: dalla vecchia dimensione in cui prevaleva il lavoro domestico, si passa ad un ampliarsi del lavoro di cura alla persona e al riconoscimento dell'importanza dell'intervento sul suo ambiente di vita”*

Provincia di Brescia, *Dentro il fare e il sapere: la formazione dell'ausiliario socio assistenziale*, **Formazione e Servizi**, Quaderno n. 11, Brescia 1998

# Figure di supporto: ricognizione storica (17)

**ASA**

DGR 24 Luglio 2008, n. 8/7693

*“L’ASA è un operatore di interesse socio-assistenziale che [...] svolge attività indirizzate a mantenere e/o recuperare il benessere psico-fisico della persona e a ridurre i rischi di isolamento e di emarginazione, assistendola in tutte le attività della vita quotidiana ed aiutandola nell’espletamento delle sue funzioni personali essenziali.”*

# Figure di supporto: ricognizione storica (18)

**ASA**

DGR 24 Luglio 2008, n. 8/7693

*“L’ASA fornisce prestazioni attraverso attività integrate relative a:*

- *assistenza diretta alla persona*
- *aiuto nella vita di relazione*
- *igiene e cura dell’ambiente*
- *igiene e pulizia personale*
- *preparazione dei pasti e aiuto alle funzioni di alimentazione*

# Figure di supporto: ricognizione storica (19)

**ASA**

DGR 24 Luglio 2008, n. 8/7693

*“L’ASA fornisce prestazioni attraverso attività integrate relative a:*

- *prestazioni igienico-sanitaria di semplice attuazione, non infermieristiche e non specialistiche*
- *svolgimento di piccole commissioni e semplici pratiche burocratiche*
- *gestione delle relazioni con i servizi pubblici, con la rete dei rapporti informali, con il territorio*
- *comunicazione delle informazioni relative alle problematiche e richieste sollevate dall’utenza e/o dalle loro famiglie.*

# Figure di supporto: ricognizione storica (20)

**ASA**

DGR 24 Luglio 2008, n. 8/7693

*“L’ASA è un **operatore di supporto** che svolge la propria attività in base a criteri di bassa discrezionalità e alta riproducibilità ed è affiancabile a diverse figure professionali sia sociali che sanitarie.*

*Agisce in base alle competenze acquisite ed in applicazione dei piani di lavoro e dei protocolli operativi predisposti dal personale sanitario e sociale responsabile del processo assistenziale”.*

# Figure di supporto: ricognizione storica (21)

**ASA**

DGR 24 Luglio 2008, n. 8/7693

*“L’ASA agisce **in base alle competenze acquisite** ed in applicazione dei piani di lavoro e dei protocolli operativi predisposti dal personale sanitario e sociale responsabile del processo assistenziale.*

*Tali attività sono svolte in servizi di tipo **socio-assistenziale** e **socio-sanitario** a ciclo diurno, residenziale o domiciliare [...].”*

# Figure di supporto: ricognizione storica (22)

**ASA**

DGR 24 Luglio 2008, n. 8/7693

“L’ASA:

***Opera** in quanto agisce in autonomia rispetto a precisi e circoscritti interventi;*

***Coopera** in quanto svolge solo parte dell’attività alle quali concorre con altri professionisti (infermieri professionali, terapisti della riabilitazione, dietologi, educatori professionali, assistenti sociali, ecc.)*

***Collabora** in quanto svolge attività su precise indicazioni dei professionisti*

# Figure di supporto: ricognizione storica (20)

## ASA - Formazione

I corsi di prima formazione hanno durata di 800 ore (prima del 2008 erano di 600 ore):

- 350 ore di teoria
- 350 ore di tirocinio
- 100 ore di esercitazioni

# L'Operatore Socio Sanitario

1

Nasce come risposta alle esigenze di:

- avere una figura capace di integrare le competenze richieste dall'area sociale e da quella sanitaria;
- Avere un supporto con profili di competenza più ampi della figura dell'OTA

# L'Operatore Socio Sanitario

2

Ufficialmente l'OSS nasce dal provvedimento del 22.02.2001 con un accordo tra il Ministero della Sanità, il Ministero della Solidarietà Sociale e le Province Autonome di Trento e Bolzano.

La **Regione Lombardia** recepisce l'OSS con la delibera n. VII/5428 del 6 Luglio 2001

# L'Operatore Socio Sanitario

3

Le Regioni determinano la formazione, l'organizzazione dei corsi, e le attività didattiche.

Alle Regioni spetta anche l'accreditamento delle strutture ritenute idonee ai corsi, l'istituzione della Commissione esaminatrice e la riqualificazione delle figure precedentemente operanti nella Regione.

## Tre diversi modi di recepire l'OSS da parte delle regioni:

1. Fedeltà all'accordo stato-regioni
2. Variazione significativa dell'operatività dell'OSS
3. Mantenimento dell'autonomia (ben maggiore di quella prevista per l'OSS) prevista già per figure di supporto regionali precedentemente istituite

**Regione Lombardia:**recepisce la figura dell'OSS con la D.G.R del 6 Luglio 2001;

## **Rispetto all'accordo Stato - Regioni:**

- L'art. 4 ribadisce che l'OSS agisce come figura di supporto e in applicazione di piani di lavoro e protocolli operativi previsti dal personale sanitario. Specifica che *“tali piani e protocolli individuano e attività attribuibili all'OSS sulla base dei criteri della bassa discrezionalità richiesta e dell'alta riproducibilità della tecnica utilizzata.”*

## Rispetto all'accordo Stato - Regioni:

- L'art. 4 sottolinea le attività che l'OSS può svolgere in autonomia (**opera**), quelle che svolge parzialmente (**coopera**), quelle che effettua in base ad indicazioni precise del personale sanitario (**collabora**)

## Rispetto all'accordo Stato - Regioni:

- L'art. 5 mantiene le prime due tipologie di attività previste per l'OSS, cioè l'assistenza diretta alla persona e l'aiuto domestico alberghiero; viene invece ampiamente modificata l'attività di "supporto gestionale e organizzativo"...

# L'Operatore Socio Sanitario

8

La carenza di infermieri nel comparto sanitario e la **formazione** gestita da infermieri, fanno propendere per un utilizzo massivo di questa figura in ambito sanitario, infermieristico soprattutto.

# L'Operatore Socio Sanitario

9

La formazione prevede un corso di 1000 ore (con riconoscimento di crediti per personale con qualifiche di supporto quali ASA e OTA) a cui – fino al 2007 - era possibile accedere avendo compiuto il diciassettesimo anno di età e la terza media.

# L'Operatore Socio Sanitario

10

Con la DGR della Regione Lombardia n. VIII/005101 del **18.07.2007** si modificano i percorsi di riqualifica (da ASA in OSS e da OTA in OSS) a 400 ore anziché 200, e si innalza il livello di scolarità previsto per l'ammissione ai corsi di 1000 ore (qualifica triennale o diploma di scuola media superiore/qualifica professionale rilasciata al termine di percorsi biennali L.R. 95/80; qualifica ASA o OTA).

## Paragonando l'OSS all'Infermiere Generico:

- la responsabilità dell'infermiere professionale sul generico era chiarita dai due mansionari del 1940 (RD 02.05.1940 n. 1310) e del 1974 (DPR 14.03.1974 n. 225): *“L'infermiere generico coadiuva l'infermiere professionale in tutte le sue attività”*, ma, di fatto, l'IG era una figura infermieristica. L'OSS, invece, non lo è.

## Paragonando l'OSS all'Infermiere Generico:

- la dipendenza operativa dell'OSS è di altra natura: l'art. 4 afferma che l'OSS *“nell'assolvimento delle sue funzioni agisce come **figura di supporto**. E in applicazione a piani di lavoro e protocolli stabiliti dal personale sanitario”*.

# L'infermiere

Dal D.M. 14 Settembre 1994 n, 739:

Art. 1: *“l'infermiere è responsabile dell'assistenza generale infermieristica”*.

*“l'infermiere identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi”*.

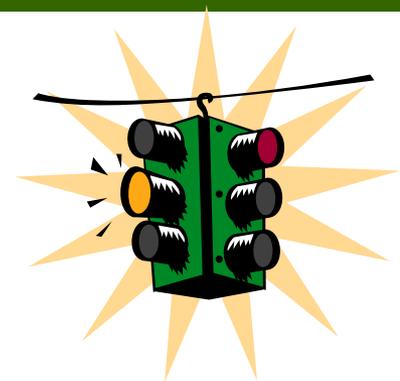
# L'infermiere

Dal D.M. 14 Settembre 1994 n, 739:

Art. 1: *“l'infermiere pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico”*.

*“per l'espletamento delle funzioni, l'infermiere si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto”*.

# Integrazione fra infermiere e OSS





# Attribuzione o delega?

---

In ambito gestionale, per **delega** si intende “*il processo di gestione operativa del lavoro che si attua attraverso l’attribuzione di autorità per la realizzazione di un compito o di un obiettivo*”.

Zanetti M. et al., *Il medico e il management*, Accademia Nazionale di Medicina, 1996

(da: Benci L., *L’operatore socio sanitario: autonomia, rapporti con i professionisti e responsabilità giuridica*, Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie 3/2001)



# Attribuzione o delega?

---

In ambito penalistico, la delega di funzioni ha un valore diverso, che riguarda “*l’eventuale esenzione di responsabilità del titolare originario, sia l’assunzione di responsabilità da parte del nuovo soggetto di fatto preposto all’adempimento.*”

(Fiandaca G., Musco E., Diritto Penale - parte generale, Zanichelli, 1995)

(da: Benci L., *L’operatore socio sanitario: autonomia, rapporti con i professionisti e responsabilità giuridica*, Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie 3/2001)



# Attribuzione o delega?

---

La delega di funzioni, quale strumento operativo tendente a regolare i rapporti tra infermiere e operatore di supporto, è inadeguata soprattutto per due motivi:

- la formalità dello strumento
- l'aspetto etico implicato nella delega

(da: Benci L., *L'operatore socio sanitario: autonomia, rapporti con i professionisti e responsabilità giuridica*, Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie 3/2001)



# Attribuzione o delega?

## FORMALITÀ DELLO STRUMENTO

Perché ci sia effettiva trasferibilità di funzioni da un soggetto all'altro, la delega deve essere scritta, effettiva, deve comportare il reale trasferimento di poteri decisionali al delegato, con conseguente necessità del delegante di controllare, ma di non ingerirsi nell'attività del delegato.

(da: Benci L., *L'operatore socio sanitario: autonomia, rapporti con i professionisti e responsabilità giuridica*, Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie 3/2001)



# Attribuzione o delega?

---

## L'ASPETTO ETICO DELLA DELEGA

Perché ci sia possibilità di trasferimento di potere decisionale al delegato è essenziale che esso sia nella possibilità di rispondere di ciò che decide e possieda gli strumenti concettuali per farlo.

(da: Benci L., *L'operatore socio sanitario: autonomia, rapporti con i professionisti e responsabilità giuridica*, Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie 3/2001)



# Attribuzione o delega?

---

E' del tutto impensabile che:

- l'IP non possa ingerirsi nell'attività dell'OSS
- che ogni attività sia formalizzata con uno scritto
- Che l'OSS possa avere elementi formativi tali da consentirgli l'assunzione di una totale decisionalità

(da: Benci L., *L'operatore socio sanitario: autonomia, rapporti con i professionisti e responsabilità giuridica*, Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie 3/2001)



# Attribuzione o delega?

---

La soluzione va trovata in **PIANI DI LAVORO** che devono individuare le attività attribuibili all'OSS sulla base dei criteri della bassa discrezionalità e dell'alta riproducibilità della tecnica utilizzata.

(da: Benci L., *L'operatore socio sanitario: autonomia, rapporti con i professionisti e responsabilità giuridica*, Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie 3/2001)

# **L'ATTRIBUZIONE DI COMPITI quale percorso integrativo fra Infermiere e OSS:**

## **VARIABILI E CRITERI**



# ATTRIBUZIONE DI COMPITI

1

E' possibile allorché:

- ✓ Vi è chiarezza, in entrambe le parti, rispetto al proprio **ruolo professionale**
- ✓ Vi è piena assunzione, in entrambe le parti, delle **responsabilità** che da questa chiarezza deriva



# ATTRIBUZIONE DI COMPITI

2

## Ruolo professionale infermieristico

Sulla base della normativa vigente, l'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica. Ciò autorizza alla presa di decisioni autonome nei riguardi:

1. Dell'individuazione dei problemi infermieristici presentati dalla persona;
2. Della scelta delle azioni adeguate per risolvere/prevenire tali problemi;
3. Dell'esecuzione di tali azioni
4. Della valutazione dei risultati raggiunti



# ATTRIBUZIONE DI COMPITI

3

## Ruolo professionale infermieristico



# ATTRIBUZIONE DI COMPITI

4

## Ruolo professionale dell'OSS e delle altre figure di supporto

La normativa di riferimento sulle diverse competenze delle figure di supporto rappresentano, nell'operatività quotidiana, uno strumento limitato e insufficiente perché l'infermiere vi faccia ricorso per chiarire **se** e **come** attribuire alla figura di supporto una attività.



# ATTRIBUZIONE DI COMPITI

5

## Infermiere e altre figure di supporto

Rispetto alle quattro fasi del processo di assistenza infermieristica, l'intervento degli operatori di supporto può rendersi necessario esclusivamente nella terza fase riferita all'esecuzione delle attività identificate.





# ATTRIBUZIONE DI COMPITI

6

## Ruolo professionale infermieristico

Rilevazione dei problemi infermieristici



Decisione sugli interventi da attuare



Attuazione o attribuzione di attuazione



Valutazione dei risultati raggiunti



Responsabilità inesistente rispetto  
all'assistenza infermieristica

# ATTRIBUZIONE DI COMPITI

7

Le variabili da considerare nell'attribuzione dei compiti alle figure di supporto:

- ✓ **Legate all'organizzazione**
- ✓ **Legate all'utente**
- ✓ **Legate all'OSS**
- ✓ **Legate alla prestazione**



# ATTRIBUZIONE DI COMPITI

8

## Variabili organizzative

- Esistenza/assenza del riconoscimento delle funzioni gestionali dell'infermiere in relazione all'assistenza;
- Esistenza/inesistenza di una pianificazione assistenziale documentata (azioni assistenziali preventivate)
- Esistenza/assenza di piani di lavoro strutturati con la partecipazione infermieristica
- Esistenza/assenza di protocolli e procedure



# ATTRIBUZIONE DI COMPITI

9

## Variabili legate all'utente

- Livello di complessità dei bisogni infermieristici
- Livello di comprensione e capacità cognitive
- Stabilità/instabilità clinica
- Numerosità e tipologia dei fattori di rischio presentati dall'utente



# ATTRIBUZIONE DI COMPITI

10

## Variabili legate all'infermiere

- Competenza maturata nella gestione del personale di supporto
- Grado di sviluppo del senso di responsabilità professionale
- Identità professionale



# ATTRIBUZIONE DI COMPITI

11

## Variabili legate all'OSS

- Conoscenze e abilità acquisite
- Grado di sviluppo del senso di responsabilità
- Efficacia/inefficacia della comunicazione interpersonale e del processo di feed-back



# ATTRIBUZIONE DI COMPITI

12

## Variabili legate alla prestazione

- Complessità/semplifictà della tecnica
- Livello di discrezionalità/standardizzabilità
- Esistenza/assenza di elementi di rischio nella tecnica



# ATTRIBUZIONE DI COMPITI

13

## In generale:

Sono totalmente attribuibili le attività inerenti l'esecuzione di azioni funzionali all'assistenza infermieristica e/o alla sicurezza ambientale e non rivolte alla persona



# ATTRIBUZIONE DI COMPITI

## In generale:

Sono potenzialmente attribuibili tutte quelle attività inerenti l'esecuzione di azioni rivolte al soddisfacimento dei bisogni di igiene, movimento, alimentazione, eliminazione, sicurezza, purché siano caratterizzate da:

- pianificazione
- bassa complessità
- alta standardizzazione



# ATTRIBUZIONE DI COMPITI

15

## In generale:

Sono potenzialmente attribuibili azioni riferite all'esecuzione di medicazioni "semplici". La semplicità/non semplicità della medicazione è definita dall'infermiere sulla base di criteri quali:

- valutazione infermieristica iniziale delle condizioni della ferita/lesione
- presenza di indicazioni di trattamento
- assenza di complicanze e basso rischio di insorgenza
- basso livello di difficoltà di esecuzione



# ATTRIBUZIONE DI COMPITI

## In generale:

Sono potenzialmente attribuibili azioni riferite alla somministrazione di farmaci per via orale e attraverso le vie naturali. La possibilità di attribuzione è individuata dall'infermiere sulla base di criteri quali:

- valutazione infermieristica iniziale delle condizioni della persona (deglutizione, collaborazione, situazione clinica, ecc)
- farmaci che presentano basso rischio di complicanze
- basso livello di difficoltà di somministrazione



# ATTRIBUZIONE DI COMPITI

17

## In generale:

Sono potenzialmente attribuibili azioni riferite alla esecuzione di semplici procedure con finalità diagnostica (rilievo peso, parametri vitali, glicemia su sangue capillare)





---

**Ma quale possibile  
soddisfazione lavorativa da  
parte del personale di  
supporto nella relazione con  
l'infermiere?**



# Quale integrazione ?

---

Un rapporto professionale basato su un passaggio di attribuzioni a senso unico, facilmente dà origine a difficoltà lavorative legate soprattutto a:

- Probabile diversa rappresentazione dei problemi
- Allargamento del potere da un piano meramente professionale a un livello personale



# Quale integrazione ?

---

Nell'ambito del processo assistenziale,  
almeno a due altri livelli possono  
rappresentare un'opportunità integrativa fra  
Infermiere e ASA/OSS →

# Quale integrazione ?

Infermiere

Rilevazione dei problemi infermieristici



Decisione sugli interventi da attuare



Attuazione o attribuzione di attuazione



Valutazione dei risultati raggiunti

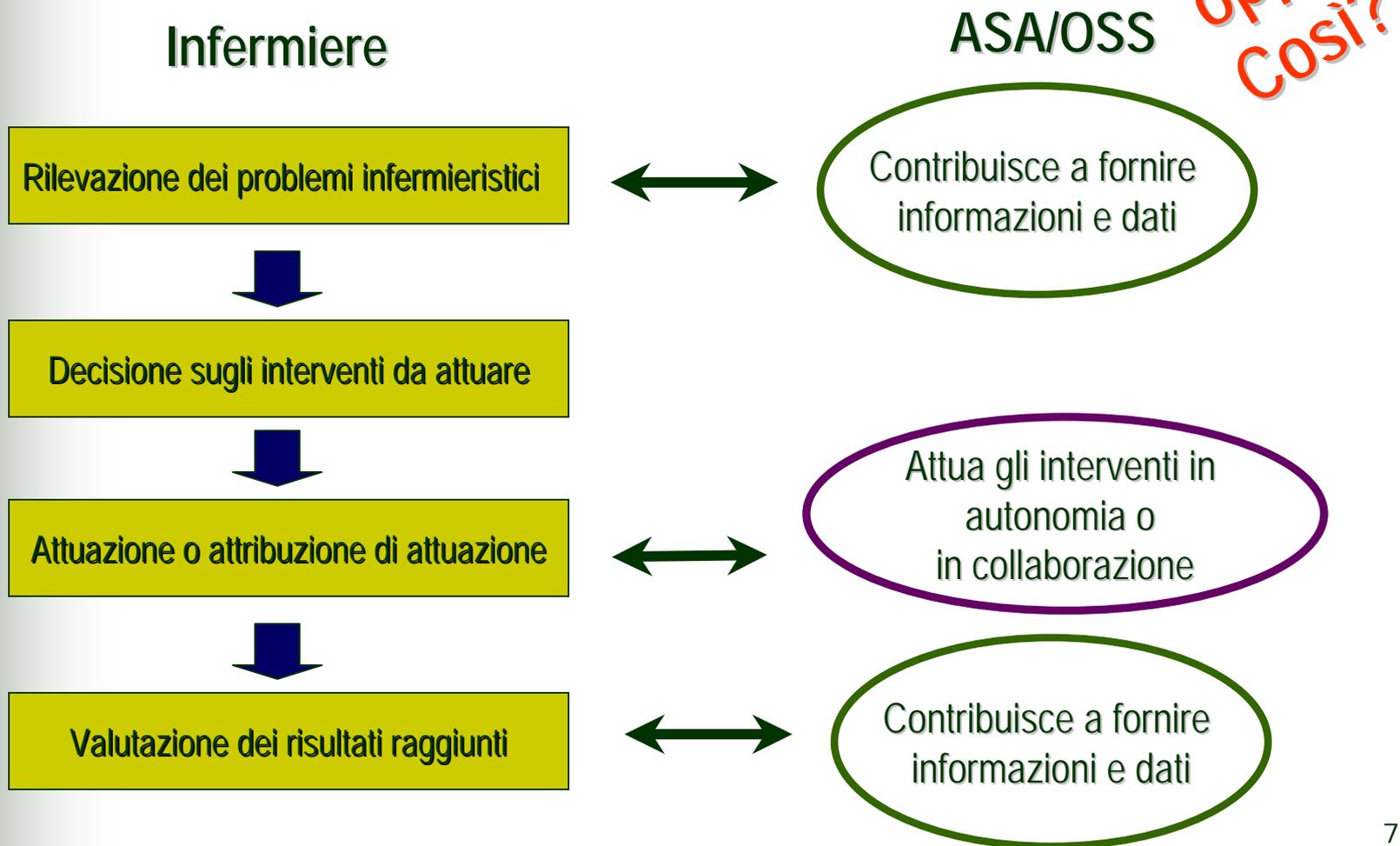
ASA/OSS



Attua gli interventi in  
autonomia o  
in collaborazione

*COSÌ...*

# Quale integrazione ?





# Quale integrazione ?

---

Ci esercitiamo a individuare rispetto a una prestazione infermieristica\* globalmente intesa (rilevazione problemi, decisione intervento, attuazione intervento, verifica) che tipo di integrazione è ipotizzabile fra infermiere e OSS

\* Es.: trattamento lesione da pressione - primo stadio



---

**grazie  
per  
la partecipazione**