

Versione **54.0** / **19.03.2021**

**Allegato 2 al Regolamento per l'esecuzione della revisione della codifica
conformemente a TARPSY**

Modello di rapporto di revisione¹

nell'ospedale X

Versione **54.0**
Revisione dei dati **2021**
Valida dal 01.01.**2021**

Fa fede la versione in lingua tedesca

¹ Concretizzazione della parte statistica e dei criteri di valutazione

Preambolo

Per ottenere un'omogeneità dei risultati che renda possibile una confrontabilità su tutto il territorio svizzero, nello sviluppo del modello di rapporto di revisione si devono rispettare i punti seguenti.

1. Il modello di rapporto di revisione è un documento vincolante e va compilato per intero. Vale come rapporto di revisione standard.
2. La sequenza dei capitoli deve corrispondere al modello di rapporto di revisione.
3. Tutti gli allegati devono essere acclusi al rapporto.
4. Se un capitolo del modello di rapporto di revisione risulta non pertinente a causa di una struttura ospedaliera particolare, lo si deve comunque mantenere, con una motivazione della società di revisione sui dati mancanti.
5. Tutte le denominazioni di colonna e riga vanno mantenute senza modifiche.
6. Se la società di revisione mette a disposizione dell'ospedale ulteriori informazioni o analisi, queste possono essere integrate senza modifiche della struttura di base.

Il modello di rapporto di revisione prevede tre tipi di risultati

- risultati relativi alla popolazione (evidenziati in verde): dati statistici sulla popolazione (record di dati completo dell'ospedale)
- risultati relativi al campione (evidenziati in azzurro): dati statistici sul campione. Se i casi non sono stati inclusi nel campione con uguale probabilità, i dati vengono indicati come totali e valori medi non ponderati, ciò significa invariati secondo il campione reale.
- stime (evidenziate in rosso): stime non distorte di parametri della popolazione. Se la ripartizione dei casi del campione in base al cost-weight non corrisponde alla popolazione, i risultati stimati devono essere corretti e indicati in modo ponderato affinché consentano di effettuare affermazioni sulla popolazione.

La differenziazione mediante diversi colori effettuata nel modello di rapporto di revisione ha scopo illustrativo. Nei rapporti di revisione reali non è necessario effettuare alcuna differenziazione mediante colori.

Indice

Riassunto	5
Visione d'insieme dei risultati della revisione	5
Confronto delle cifre chiave della popolazione e del campione	6
1. Esecuzione della revisione	7
1.1 Periodo di valutazione	7
1.2 Versione valida.....	7
1.3 Calcolo e prelievo del campione.....	7
1.4 Descrizione della sequenza temporale della revisione	7
1.5 Qualifiche del revisore.....	7
1.6 Indipendenza del revisore	7
1.7 Osservazioni	7
2. Costatazioni.....	8
2.1 Costatazioni generali.....	8
2.2 Fondamenti amministrativi.....	8
2.2.1 Cartelle cliniche	8
2.2.2 Dati amministrativi dei casi.....	8
2.2.3 Errori di combinazione del caso (split del caso, raggruppamento dei casi)	9
2.2.4 Congruenza della fatturazione.....	9
2.3 Diagnosi e trattamenti	9
2.3.1. Errori rilevati	9
2.3.2 Numero degli errori di codifica secondo il tipo di errore.....	9
2.3.3 Numero di codici con codifica errata con indicazione della posizione	10
2.3.4 Percentuale degli errori di codifica secondo il tipo di errore.....	10
2.3.5 Percentuale di codici con codifica errata con indicazione della posizione	11
2.3.6 Attribuzione della diagnosi principale	11
2.3.7 Attribuzione della diagnosi complementare.....	11
2.3.8 Attribuzione del codice CHOP (senza 94.A1 e 94.A2).....	12
2.3.9 Attribuzione del codice CHOP (94.A1)	12
2.3.10 Attribuzione del codice CHOP (94.A2).....	12
2.3.11 Prestazioni ambulatoriali esterne	12
2.4 Medicamenti (sostanze).....	12
2.5 Modifiche del cost-weight	13
2.5.1 Numero e percentuale dei casi con modifiche del cost-weight.....	13
2.5.2 Differenze con/senza modello all'UST.....	13
2.6 Cost-weight	13
2.6.1 DMI dell'ospedale prima e dopo la revisione.....	13

2.6.2 CMI dell'ospedale prima e dopo la revisione.....	14
2.6.3 Durata media della degenza dell'ospedale prima e dopo la revisione.....	14
2.6.4 Differenze dei cost-weight.....	14
2.6.5 Differenze delle durate delle degenze.....	15
2.7 Confronto fra campione e popolazione.....	15
2.7.1 Numero di casi e giorni.....	15
2.7.2 Numero e percentuale di codici aspecifici nella codifica degli ospedali.....	15
2.7.3 Numero di diagnosi secondarie/paziente.....	15
2.7.4 Numero di codici di trattamento per paziente.....	15
2.7.5 Percentuale di casi con remunerazioni supplementari.....	16
2.8 Rimunerazioni supplementari.....	16
2.9 Confronto con revisioni precedenti.....	16
3. Raccomandazioni.....	17
3.1 Raccomandazioni per il miglioramento della codifica nell'ospedale.....	17
3.2 Raccomandazioni per l'ulteriore sviluppo della TARPSY.....	17
3.3 Altre indicazioni del revisore.....	17
4. Osservazioni della direzione ospedaliera.....	18
Allegato 1: Attestazioni.....	19
Dichiarazione di garanzia e conferma di indipendenza del revisore riguardo alla revisione della codifica dei dati 20XX nell'ospedale X.....	19
Dichiarazione di completezza dell'ospedale X riguardo all'invio dei dati per la revisione della codifica dei dati 20XX.....	20
Allegato 2: Rapporto sulle prestazioni dell'ospedale nel periodo del rapporto.....	21
Rapporto sulle prestazioni dell'ospedale nel periodo di valutazione.....	21
Casi TARPSY secondo il cantone di provenienza e il tipo di assicurazione.....	21
Numero di remunerazioni supplementari.....	21

Riassunto

Visione d'insieme dei risultati della revisione

Capitolo	Parametro	Risultato	
27.1	Casi nel campione	Numero	
27.1	Casi nella popolazione	Numero	
27.1	Giorni nel campione	Numero	
27.1	Giorni nella popolazione	Numero	
25.1	DMI dell'ospedale prima della revisione		
25.1	DMI stimato dell'ospedale dopo la revisione (campione)		
23.1	Significatività statistica dello scostamento del DMI prima e dopo la revisione	sì/no	
25.1	Differenza stimata del DMI dell'ospedale prima e dopo la revisione	Valore ass.	%
25.1	Casi soggetti a revisione con modifiche del cost-weight	Numero	%
25	Diagnosi principali corrette ²	Numero	%
25	Complemento corretto alla diagnosi principale ²	Numero	%
25	Diagnosi secondaria corretta	Numero	%
25	Codice CHOP corretto (senza 94.A1 e 94.A2) ³	Numero	%
25	Codice CHOP corretto (94.A1)	Numero	%
25	Codice CHOP corretto (94.A2) ³	Numero	%
26	Rimunerazioni supplementari corrette ³	Numero	%
2.2.3	Raggruppamenti-Combinazioni dei casi contestati	Numero	%
2.2.1.1	Congruenza di fatturazioni contestata Cartelle cliniche mancanti	Numero	%
2.3.11	Prestazioni ambulatoriali esterne correttamente registrate	Numero	%
Quota di documenti mancanti		%	

² Il codice per le diagnosi principali corrette e i supplementi alla diagnosi principale non solo deve essere giusto, ma va anche inserito nella posizione esatta (una diagnosi principale valutata come "corretta" deve per esempio essere inserita nella posizione "diagnosi principale". Se una diagnosi secondaria è stata codificata con il codice corretto per la diagnosi principale, tale diagnosi secondaria non può essere considerata come diagnosi principale corretta).

³ Indicazione per caso.

Confronto delle cifre chiave della popolazione e del campione

Parametro	Popolazione	Campione
Casi con remunerazione supplementare	%	%
Casi con prestazioni ambulatoriali esterne	%	%
DMI		

I valori si riferiscono ai dati prima della revisione (per es. DMI vengono considerati cost-weight effettivi prima della revisione).

1. Esecuzione della revisione

1.1 Periodo di valutazione

1.2 Versione valida

Catalogo dei PCG con cost-weight, regole di fatturazione ("Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a TARPSY" e "Chiarimenti e casi esemplificativi sulle regole di utilizzo"), Manuale di codifica, Classificazioni (CHOP e ICD-10-GM); Tipologia di errore.

1.3 Calcolo e prelievo del campione

Descrizione completa della procedura per la determinazione dell'entità del campione e del metodo per il prelievo del campione nonché delle procedure di calcolo utilizzate.

1.4 Descrizione della sequenza temporale della revisione

Momento dell'invio del campione, momento della discussione del caso. Durata della sola revisione della codifica (senza redazione del rapporto, discussione dei casi e altri compiti amministrativi). Indicazione del luogo di esecuzione della revisione.

1.5 Qualifiche del revisore

1.6 Indipendenza del revisore

Dichiarazione di eventuali rapporti di dipendenza verso un finanziatore e rimando all'Allegato 1.

1.7 Osservazioni

2. Costatazioni

2.1 Costatazioni generali

2.2 Fondamenti amministrativi

2.2.1 Cartelle cliniche

2.2.1.1 Numero e percentuale di cartelle cliniche mancanti

2.2.1.2 Qualità della compilazione delle cartelle cliniche

2.2.1.3 Percentuale di documenti mancanti

2.2.1.4 Qualità dei documenti

Criteri di valutazione: trasparenza, sequenza temporale, completezza (integralità)/assenza di singoli documenti pertinenti per la revisione dei codici.

2.2.2 Dati amministrativi dei casi

Errore in	Numero	Percentuale
Tipo di ammissione		
Istanza che ha disposto il ricovero		
Luogo di soggiorno prima dell'ammissione		
Cambio del tipo di degenza (ambulatoriale, stazionaria, riabilitazione, somatica acuta)		
Decisione per la dimissione		
Destinazione dopo la dimissione		
Trattamento dopo la dimissione		
Durata della degenza		
Congedo amministrativo		
Motivo della riammissione		
Ricovero a scopo di assistenza		

2.2.3 Errori di combinazione del caso (split del caso, raggruppamento dei casi)

2.2.3.1 Errori rilevati

Tipo di errore	PCG	Cost-weight dell'ospedale	Cost-weight del revisore	Differenza del cost-weight

2.2.3.2 Scostamento del cost-weight

La revisione della fatturazione viene condotta sulla base del documento "Regole e definizioni per la fatturazione dei casi in conformità a TARPSY" nella versione di volta in volta in vigore.

2.2.4 Congruenza della fatturazione

Errori rilevati

	PCG	Cost-weight	Rimunerazione supplementari
Errato			
Fattura non ancora presente			
Altri			
Mancante			

I casi di storno segnalati prima dell'inizio della revisione devono essere indicati singolarmente qui.

A questo proposito si fa riferimento anche al punto 4.2.3.5 del regolamento. Non sono ammesse correzioni delle fatture a causa della revisione dei codici, salvo che vi sia una significatività statistica.

2.3 Diagnosi e trattamenti

2.3.1. Errori rilevati

Conformità al Manuale di codifica, esposizione della rilevanza PCG degli errori rilevati ecc.

2.3.2 Numero degli errori di codifica secondo il tipo di errore

	Corretta	Errata	Mancante	Ingiustificata	Non necessaria	Totale
Diagnosi principale						
Complemento alla diagnosi principale						
Diagnosi secondarie						

	Corretta	Errata	Mancante	Ingiustificata	Non necessaria	Totale
Totale delle diagnosi						
Trattamenti (senza 94.A1 e 94.A2)						
Trattamenti (94.A1)						
Trattamenti (94.A2)						
Totale dei trattamenti						

2.3.3 Numero di codici con codifica errata con indicazione della posizione

	Errata 1 ^a posizione	Errata 2 ^a posizione	Errata 3 ^a posizione	Errata 4 ^a posizione	Errata 5 ^a posizione	Errata 6 ^a posizione	Totale
Diagnosi principale							
Complemento alla diagnosi principale							
Diagnosi secondarie							
Totale delle diagnosi							
Trattamenti (senza 94.A1 e 94.A2)							
Trattamenti (94.A1)							
Trattamenti (94.A2)							
Totale dei trattamenti							

2.3.4 Percentuale degli errori di codifica secondo il tipo di errore

	Corretta	Errata	Mancante	Ingiustificata	Non necessaria
Diagnosi principale					
Complemento alla diagnosi principale					
Diagnosi secondarie					
Totale delle diagnosi					
Trattamenti (senza 94.A1 e 94.A2)					
Trattamenti (94.A1)					
Trattamenti (94.A2)					
Totale dei trattamenti					

2.3.5 Percentuale di codici con codifica errata con indicazione della posizione

	Errata 1 ^a posizione	Errata 2 ^a posizione	Errata 3 ^a posizione	Errata 4 ^a posizione	Errata 5 ^a posizione	Errata 6 ^a posizione	Totale
Diagnosi principale							
Complemento alla diagnosi principale							
Diagnosi secondarie							
Totale delle diagnosi							
Trattamenti (senza 94.A1 e 94.A2)							
Trattamenti (94.A1)							
Trattamenti (94.A2)							
Totale dei trattamenti							

2.3.6 Numero e percentuale di codici aspecifici nella codifica di ospedale

	Numero di codici aspecifici	Percentuale di codici aspecifici
Diagnosi		

2.3.6.7 Attribuzione della diagnosi principale

	Numero	Percentuale
Nessuna modifica della codifica dell'ospedale		
Codice sostituito con il codice corretto		
Codice mancante sostituito con nuovo codice		
Attribuito tramite la diagnosi secondaria esistente		

2.3.6.8 Attribuzione della diagnosi complementare

	Numero	Percentuale
Nessuna modifica della codifica dell'ospedale		
Codice sostituito con il codice corretto		

* Vengono considerati codici aspecifici tutti i codici ICD-10 che contengono la denominazione "non altrimenti specificato" (NAS). Costituiscono un'eccezione i codici ICD V011-V041.

Codice mancante sostituito con nuovo codice		
Attribuito tramite la diagnosi secondaria esistente		

2.3.89 **Attribuzione del codice CHOP (senza 94.A1 e 94.A2)**

	Numero	Percentuale
Nessuna modifica della codifica dell'ospedale		
Codice sostituito con il codice corretto		
Codice mancante sostituito con nuovo codice		

2.3.910 **Attribuzione del codice CHOP (94.A1)**

	Numero	Percentuale
Nessuna modifica della codifica dell'ospedale		
Codice sostituito con il codice corretto		
Codice mancante sostituito con nuovo codice		

2.3.103 **Attribuzione del codice CHOP (94.A2)**

	Numero	Percentuale
Nessuna modifica della codifica dell'ospedale		
Codice sostituito con il codice corretto		
Codice mancante sostituito con nuovo codice		

2.3.112 **Prestazioni ambulatoriali esterne** **Trattamento non-psichiatrico ambulatoriale esterne**

	Numero	Percentuale
Registrati correttamente		
Registrati erroneamente		
Non registrati		

2.4 Medicamenti **e sostanze**

Determinante è l'elenco dei medicinali e delle sostanze registrabili a livello di casi nella statistica medica secondo SwissDRG SA.

	Numero	Percentuale
Registrati correttamente		
Registrati erroneamente		
Non registrati		

Indicazioni sul tipo di errore (unità di misura della dose, tipo di somministrazione ecc.)

2.5 Modifiche del cost-weight

2.5.1 Numero e percentuale dei casi con modifiche del cost-weight

	Cost-weight superiore dopo revisione		Cost-weight inferiore dopo revisione		Nessun influsso sul cost-weight	
		%		%		%
Per variazione della diagnosi principale		%		%		%
Per variazione della diagnosi secondaria		%		%		%
Per variazione del codice di trattamento		%		%		%
Per altre variazioni		%		%		%
Totale		%		%		%

2.5.2 Differenze con/senza modello all'UST

Differenze	Modello all'UST sì/no	Commenti

2.6 Cost-weight

2.6.1 DMI dell'ospedale prima e dopo la revisione

<u>DMI dell'ospedale prima della revisione (popolazione)</u>			
<u>DMI stimato dell'ospedale prima della revisione (campione)</u>			
<u>DMI stimato dell'ospedale dopo la revisione (campione)</u>			
<u>Significatività statistica della deviazione del DMI prima e dopo la revisione</u>	si/no		
<u>Differenza stimata del DMI dell'ospedale prima e dopo la revisione</u>	<table border="1"> <tr> <td><u>Valore ass.</u></td> <td><u>%</u></td> </tr> </table>	<u>Valore ass.</u>	<u>%</u>
<u>Valore ass.</u>	<u>%</u>		

<u>Intervallo di confidenza al 95% della differenza del DMI dell'ospedale prima e dopo la revisione⁶</u>	<u>IC inferiore</u>	<u>IC superiore</u>
---	---------------------	---------------------

Indicare i valori seguenti:

- ~~1. DMI dell'ospedale prima della revisione (popolazione);~~
- ~~2. DMI stimato dell'ospedale prima della revisione (campione);~~
- ~~3. DMI stimato dell'ospedale dopo la revisione;~~
- ~~4. differenza stimata del DMI dell'ospedale prima e dopo la revisione;~~
- ~~5. intervallo di confidenza al 95% della differenza del CMI dell'ospedale prima e dopo la revisione.~~

2.6.2 CMI dell'ospedale prima e dopo la revisione

<u>CMI dell'ospedale prima della revisione (popolazione)</u>	
<u>CMI stimato dell'ospedale prima della revisione (campione)</u>	
<u>CMI stimato dell'ospedale dopo la revisione (campione)</u>	

Indicare i valori seguenti:

- ~~1. CMI dell'ospedale prima della revisione (popolazione)~~
- ~~2. CMI stimato dell'ospedale prima della revisione (campione)~~
- ~~3. CMI stimato dell'ospedale dopo la revisione (campione)~~

2.6.3 Durata media della degenza dell'ospedale prima e dopo la revisione

<u>Durata media della degenza prima della revisione (popolazione)</u>	
<u>Durata media stimata della degenza prima della revisione (campione)</u>	
<u>Durata media stimata della degenza dopo la revisione (campione)</u>	

- ~~1. Durata media della degenza prima della revisione (popolazione)~~
- ~~2. Durata media stimata della degenza prima della revisione (campione)~~
- ~~3. Durata media stimata della degenza dopo la revisione (campione)~~

2.6.4 Differenze dei cost-weight e delle durate delle degenze

Indicare i valori seguenti:

- ~~1. Elenco dei cost-weight accoppiati prima e dopo la revisione; nei casi con differenze dei cost-weight che non sono uguali a zero (elenco delle coppie [(x,y)] considerando che x=cost-weight prima della revisione, y=cost-weight dopo la revisione, $x \neq y$);~~

<u>Numero del caso</u>	<u>Cost-weight prima della revisione</u>	<u>Cost-weight dopo la revisione</u>
.....		

⁶ Se almeno tre cost-weight sono stati corretti.

2.6.5 Differenze delle durate delle degenze

2. Elenco delle degenze accoppiate prima e dopo la revisione nei casi con differenze delle durate delle degenze che non sono uguali a zero (elenco delle coppie $\{(u,v)\}$ considerando che u =durata della degenza prima della revisione, v = durata della degenza dopo la revisione, $u \neq v$).

Numero del caso	Durata della degenza prima della revisione	Durata della degenza dopo la revisione
.....		

2.7 Confronto fra campione e popolazione

2.7.1 Numero di casi e giorni

Numero di casi (campione)	
Numero di casi (popolazione)	
Numero di giorni (campione)	
Numero di giorni (popolazione)	

2.7.2 Numero e percentuale di codici specifici nella codifica degli ospedali

	Codici specifici della popolazione		Codici specifici del campione	
Diagnosi	Numero	%	Numero	%
Trattamenti	Numero	%	Numero	%

2.7.3 Numero di diagnosi secondarie/paziente

Numero di diagnosi secondarie/paziente (campione)	
Numero di diagnosi secondarie/paziente (popolazione)	

2.7.4 Numero di codici di trattamento per paziente

Numero di codici di trattamento/paziente (campione)	
Numero di codici di trattamento/paziente (popolazione)	

Codici specifici vengono considerati tutti i codici CHOP e ICD-10 che contengono la denominazione "non altrimenti specificato" (NAS). Costituiscono un'eccezione i codici ICD V011-Y84.

2.7.4 Percentuale di casi con HoNOS o HoNOSCA

Percentuale di casi con HoNOS (campione)	
Percentuale di casi con HoNOS (popolazione)	
Percentuale di casi con HoNOSCA (campione)	
Percentuale di casi con HoNOSCA (popolazione)	

2.7.5 Percentuale di casi con remunerazioni supplementari

Percentuale di casi con remunerazioni supplementari (campione)	%
Percentuale di casi con remunerazioni supplementari (popolazione)	%

2.8 Rimunerazioni supplementari

	Numero	Percentuale
Registrati correttamente		%
Registrati erroneamente		%
Non registrati		%

2.9 Confronto con revisioni precedenti

Confronto dei risultati della revisione secondo il riassunto del modello di rapporto di revisione con i risultati dell'anno precedente. Questo punto vale dalla seconda revisione dell'Istituto.

3. Raccomandazioni

3.1 Raccomandazioni per il miglioramento della codifica nell'ospedale

Le raccomandazioni per il miglioramento della codifica devono essere accurate e orientarsi agli errori rilevati.

3.2 Raccomandazioni per l'ulteriore sviluppo della TARPSY

Proposte per modifiche della classificazione (ICD e CHOP), delle direttive di codifica o dell'algoritmo del Grouper.

3.3 Altre indicazioni del revisore

4. Osservazioni della direzione ospedaliera

.....

Luogo e data

.....

Ospedale X, il Direttore

Allegato 1: Attestazioni

Dichiarazione di garanzia e conferma di indipendenza del revisore riguardo alla revisione della codifica dei dati 20XX nell'ospedale X

1. Il revisore si impegna ad eseguire in modo corretto e professionale la revisione della codifica sulla base del regolamento per l'esecuzione della revisione della codifica conformemente alla TARPSY nella versione di volta in volta in vigore.
2. Il revisore si impegna a non divulgare mai a terzi le informazioni acquisite durante l'attività di revisione e a non riutilizzare i risultati.
3. Il revisore si impegna a garantire in qualsiasi momento l'anonimato dei dati dei pazienti nell'ambito del trasferimento dei record della revisione, in modo da impedire qualsiasi possibilità di identificazione del paziente.
4. Il revisore conferma la propria indipendenza nei confronti dell'ospedale soggetto a revisione. In particolare, il revisore conferma che durante il periodo della revisione e per tutta la durata della stessa, non ha avuto con l'ospedale soggetto a revisione alcun rapporto di impiego o mandatario, né alcun altro rapporto di tipo economico. Eventuali rapporti di dipendenza con un finanziatore devono essere evidenziati in modo completo nel rapporto di revisione.
5. Il revisore conferma che l'azienda di revisione presso la quale è assunto non ha contemporaneamente codificato le prestazioni mediche dell'ospedale in oggetto e/o non gli ha offerto consulenza in controlling medico.

.....

Luogo e data

.....

Revisore della codifica

Dichiarazione di completezza dell'ospedale X riguardo all'invio dei dati per la revisione della codifica dei dati 20XX

Dichiariamo che al revisore sono stati trasmessi, per l'estrazione dei campioni, tutti i casi con dimissione compresa tra il 1° gennaio 20XX e il 31 dicembre 20XX fatturati secondo la TARPSY nell'ospedale X.

.....
Luogo e data

.....
Ospedale X, il Direttore

Allegato 2: Rapporto sulle prestazioni dell'ospedale nel periodo del rapporto

Rapporto sulle prestazioni dell'ospedale nel periodo di valutazione

Numero di casi con trattamento ospedaliero per l'intero istituto

	AMal	AINF	AM	AI	Totale
Psichiatria per adulti					
Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza					
Pazienti in cura e in attesa ⁸					
Somatica acuta					
Riabilitazione					

Casi TARPSY secondo il cantone di provenienza e il tipo di assicurazione

	AMal	AINF	AM	AI
Intra-cantonale				
Cantone A				
Cantone B				
Cantone C				
....				

Numero di remunerazioni supplementari

Rimunerazioni supplementari	Denominazione	Somma	AMal	AINF	AM	AI	Autopaganti	Altri	Sconosciuti	Totale
Totale di remunerazioni supplementari versione 9.0										

⁸ **Pazienti in cura e in attesa** = ~~Paziente in cura in psichiatria~~ secondo le "Regole e definizioni per la fatturazione dei casi **in conformità a SwissDRG e TARPSY**"