

LOMITA HOSPITAL¹

"I professionisti dovrebbero rendersi conto della necessità di usare dei dati quantitativi nella giustificazione dei budget. Molto spesso mi arrivano quattro o cinque giustificazioni qualitative prima di averne una numerica, e scritta, che posso utilizzare ai fini amministrativi. Se la richiesta non si può formulare in termini di generazione di ricavi o di miglioramento della produttività, la giustificazione deve essere ancora più convincente. Si può esprimere in termini di risparmio di tempo, comodità di utilizzo o di miglioramento del servizio, ma nessuna di queste giustificazioni può essere meramente "emotiva", cioè non suffragata da numeri"

La persona che stava parlando era Charles Russell, M.D., primario di patologia presso il Lomita Hospital, che si accingeva a formulare il suo budget per l'anno fiscale 1997. Aveva appena ricevuto le statistiche elaborate dall'ufficio affari finanziari, in cui si specificava il numero dei giorni/paziente e dei servizi di supporto utilizzati negli ultimi due anni e si dava una previsione per le cifre dell'anno fiscale 1997. Una delle responsabilità del dott. Russell era quella di rivedere le stime per l'anno fiscale 1997 (Tabella 1), apportando tutte le modifiche che riteneva opportune.

Dopo che Russell e gli altri primari avevano completato questo lavoro, l'ufficio affari finanziari era in condizione di aggregare i totali e di effettuare delle proiezioni di volume per l'intero ospedale. Le proiezioni di volume venivano poi usate per stimare le entrate dell'ospedale che, a loro volta, determinavano i costi assegnati dall'UAF ai singoli reparti dell'ospedale. Da quando, nel 1993, la direzione del Lomita aveva introdotto delle misure più stringenti di controllo dei costi, c'era stato un fortissimo giro di vite sui costi di reparto. Perciò queste statistiche divennero particolarmente significative per il dott. Russell e per gli altri primari dell'ospedale. Ogni primario aveva il suo set di statistiche, che andavano analizzate nel contesto complessivo dell'intera attività ospedaliera.

L'obiezione principale che Russell opponeva alle statistiche sui costi di reparto era che si trattava di cifre aggregate, che in quanto tali non mostravano la distribuzione delle operazioni effettuate dalle diverse sezioni del suo reparto. Di conseguenza le fluttuazioni che avvenivano all'interno di queste sezioni sfuggivano alla rilevazione. Siccome pensava che proiezioni realistiche dei volumi futuri si potessero effettuare solo in base alle statistiche di ogni singola sezione, teneva un'apposita registrazione delle procedure eseguite nel suo reparto, suddivise per sezione e per processo di laboratorio (Tabella 2).

Il dott. Russell era particolarmente preoccupato per le proiezioni delle spese relative alla sezione citologica del suo reparto. Girava una voce, abbastanza credibile, secondo cui lo staff del reparto di ginecologia avrebbe avuto intenzione di lasciare il Lomita per aprire una clinica specializzata. In questo caso era assolutamente chiaro che il nuovo staff, probabilmente anche meno conosciuto, avrebbe dovuto avere lo stesso volume di pazienti per generare lo stesso flusso di analisi citologiche che lo staff attuale garantiva al reparto di patologia.

Oltre a riflettere su questi aspetti, e sugli effetti che avrebbero prodotto sulla proposta di budget per l'anno successivo, il dott. Russell era preoccupato per la richiesta di una delle sue dirette collaboratrici, la d.ssa Pamela Gordon. Lei ed il dott. Cornell Johnson erano responsabili della maggior parte delle attività di patologia chirurgica effettuata nel reparto; inoltre la d.ssa Gordon era responsabile dell'amministrazione del laboratorio istologico (Figura n. 1). Negli ultimi anni la d.ssa Gordon aveva fatto presente che le mancava del personale per il laboratorio, e anche quest'anno era tornata alla carica chiedendo l'assunzione di un tecnico. Pensava che l'eccessiva pressione gravante sui tecnici e su se stessa stesse creando una

¹ Caso tratto da Anthony and Young, 1999, *Management Control in Nonprofit Organizations*, Irwin, McGraw-Hill.

situazione insostenibile, che andava a detrimento della quantità, ma anche della qualità, dell'attività del laboratorio. Nel calcolo iniziale di spesso, il dott. Russell non aveva inserito il costo di un nuovo tecnico, e sebbene la proiezione dei volumi sembrasse giustificare l'assunzione di un nuovo collaboratore, non aveva a disposizione queste proiezioni in gennaio, quando aveva lanciato l'S.O.S. per ottenere delle risorse extra. Allora la sua richiesta di un tecnico in più era stata approvata da Malcolm Gunderson, il responsabile amministrativo dei laboratori dell'ospedale, solo dopo aver ricevuto un'analisi dettagliata delle attività svolte dal reparto. Il dott. Russell sapeva che i tecnici del laboratorio di istologia erano ancora super oberati (era lui che pagava loro gli straordinari attingendo direttamente ai suoi fondi di primario), eppure l'amministrazione non si era lasciata convincere in precedenza dalle statistiche generali dell'ospedale, e ora bisognava riprovare a giustificare questa richiesta di personale. Perciò Russell aveva chiesto alla d.ssa Gordon e al dott. Johnson di preparare una giustificazione estremamente dettagliata in termini quantitativi. Russell spiegava così il problema:

"Chiedo ai miei collaboratori di preparare una giustificazione numerica per tutte le richieste, perché io penso che da questo punto di vista l'ospedale non sia assolutamente diverso da un'azienda. In azienda, le spese e i budget devono essere regolarmente giustificati al Consiglio di amministrazione o agli azionisti. I primari e i responsabili di reparto devono imparare a fare la stessa cosa nell'ambito dell'ospedale. Il problema è che i miei collaboratori mi danno spesso delle giustificazioni di tipo, per così dire, emotivo. Non riesco mai a ottenere una giustificazione di tipo numerico".

Il quadro di riferimento

Il Lomita Hospital era un ospedale parauniversitario da 325 letti, ubicato nel cuore di una grande area metropolitana e affiliato a una Facoltà di Medicina locale. Occupava quasi 2000 persone e copriva più di 100.000 giornate-paziente all'anno. Ospitava più di 10.000 pazienti all'anno, con una media giornaliera intorno ai 300 e un tasso medio di occupazione dei letti del 92%. Nei suoi ambulatori si effettuavano più di 100.000 visite l'anno. Nella figura n. 2 si può vedere l'organigramma dell'ospedale.

Il processo di budgeting

Presso il Lomita il processo di budgeting dipendeva da una procedura di determinazione delle previsioni di costo che coinvolgeva diversi livelli della struttura manageriale. La proiezione delle spese relative al reparto di patologia e ad altri reparti di servizio si basava sul numero atteso di giorni-paziente e sulle relative unità di servizio (per esempio, il numero degli esami) prestabilite dall'ufficio contabilità sulla base dei dati storici, nonché dell'analisi dei trend e l'uso di modelli di simulazione. Queste proiezioni erano modificabili dai reparti, sempreché fossero in condizione di dimostrare che i loro numeri erano più realistici. Ogni primario, il suo responsabile amministrativo e, se era il caso, l'amministratore dei laboratori, confrontavano le proiezioni della contabilità concordavano su un determinato volume, la contabilità calcolava una proiezione delle spese. Dopodiché, il reparto e il responsabile amministrativo dei laboratori potevano contestare quei numeri in base all'esperienza degli anni precedenti. A questo fine contavano sia l'esperienza pregressa sia il mix delle diverse procedure interne, perché la contabilità fondava la sua proiezione dei costi su "costo medio ponderato" che non era sempre coerente con la stima, effettuata dal reparto, del mix delle procedure. Queste

proiezioni erano estremamente importanti, dato che il reparto era responsabilizzato sia sul budget dei costi sia sul budget dei volumi, e quindi dei ricavi.

Il dott. Russell ci teneva a sottolineare che la proiezione dei costi per l'anno fiscale 1997 andava al di là di un'operazione meccanica di adeguamento percentuale alla stima dei volumi.

“il problema del cost accounting quando un incremento dei costi appare dovuto non tanto ad un incremento dei volumi, quanto ad un peggioramento delle efficienze. L'unico incremento che la direzione dell'ospedale considera accettabile è legato a un maggior carico di lavoro. Per esempio, grazie ai progressi della scienza, oggi è diventato più facile (ma anche più lungo) classificare i linfomi secondo il tipo. Per l'amministrazione dell'ospedale, o per Malcom Gunderson, un linfonodo è sempre linfonodo. Noi dobbiamo cercare di spiegare la difficoltà che incontriamo in base al numero dei vetrini che occorrono per arrivare all'esatta qualificazione del linfoma. Ma quando il numero dei vetrini resta immutato, le nostre argomentazioni diventano sempre meno sostenibili”.

Il dott. Cornell Johnson, responsabile della sezione di patologia chirurgica, aggiungeva:

“La riduzione dei costi è un'arma a doppio taglio. Per esempio, se la pressione per la riduzione dei costi si fa troppo forte, basta ridurre il numero dei prelievi, così il costo di processazione si abbassa. Però aumentano i giorni di ospedalizzazione, perché il paziente deve tornare a sottoporsi ad altri esami, oppure si può addirittura provocare un errore nella diagnosi. Anche se oggi non mi sembra ancora un problema, credo che si debbano tener presenti i rischi potenziali della riduzione degli esami nel tentativo di ridurre i costi”.

Il dott. Russell si rendeva anche conto che qualunque modificazione intendesse apportare al budget all'anno fiscale 1997, o qualunque ulteriore assunzione volesse fare, andava giustificata, oltre che all'ufficio affari finanziari, anche a Gunderson.

Quest'anno riportava direttamente al vice-direttore responsabile dei servizi amministrativi dell'ospedale e quindi doveva approvare tutte le richieste inerenti i laboratori clinici dell'ospedale.

Secondo Gunderson, la preoccupazione principale che doveva ispirare il processo di budgeting era quella di fare in modo che ogni reparto avesse a disposizione le risorse necessarie per essere gestito in modo efficiente. Tuttavia Gunderson sentiva anche di dover giustificare qualunque incremento di risorse. Ecco il suo commento:

Io aiuto i laboratori a ottenere l'approvazione del budget per tutte le loro esigenze di personale, forniture, servizi e attrezzature. Il mio lavoro consiste nel fare in modo che nessuna esigenza rilevante di spesa resti fuori dal budget. I documenti usati per la costruzione del budget si basano sulla proiezione a 12 mesi dei costi effettivi di 7 mesi. Perciò è assolutamente imperativo identificare tutti gli impegni di spesa assunti durante l'anno fiscale, o da assumere dopo la preparazione del budget. Io collaboro anche con i reparti per identificare le nuove esigenze previste per l'anno fiscale successivo e per costruire la giustificazione economica di tali richieste. Quando viene proposta l'introduzione di nuovi test clinici, io collaboro allo sviluppo dell'analisi dei bisogni, della proiezione dei costi e ricavi e dell'analisi costo/prezzo. Cerco di non lasciarmi influenzare e di valutare obiettivamente la necessità dei nuovi progetti e delle nuove attrezzature richieste nel budget. Poi faccio le mie valutazioni. Se l'analisi supporta la richiesta, ne richiederò l'approvazione; se non la supporta, ne raccomanderò il respingimento. Per quanto riguarda il personale, il documento di base fornito dall'ufficio affari finanziari, per la preparazione del budget, non è sempre completo a causa



dell'intervallo temporale tra l'elaborazione dei dati e la preparazione materiale del budget. Le posizioni vacanti alla data di elaborazione della scheda di budget vengono automaticamente cancellate, per cui bisogna fornire una giustificazione numerica della necessità di continuare a mantenere queste posizioni, oltre alla precisazione del periodo di tempo in cui la posizione è rimasta vacante. La logica di questa procedura è che se un reparto è riuscito a cavarsela per diverse settimane senza che una posizione vacante venisse ricoperta, quella posizione potrebbe non essere essenziale. Un'altra parte del mio lavoro consiste nell'analizzare con la massima attenzione il budget del personale per assicurarmi che: 1) tutte le ore autorizzate in precedenza, e dimostrabilmente necessarie, vengono indicate nel documento e che ci sia sempre la prescritta giustificazione numerica; e 2) che siano state inserite tutte le richieste di promozioni e di nuove assunzioni, insieme all'indispensabile giustificazione.

Se analizzando le statistiche di volume sui test di laboratorio, i trend annuali e la produttività del personale tecnico (quando è possibile utilizzo a questo scopo il Laboratory Workload Recording Method messo a punto dal College of American Pathologists) arrivo alla conclusione che una posizione andrebbe lasciata vacante, ne informo il direttore del laboratorio e il direttore associato ai servizi amministrativi. Il direttore del laboratorio agirà secondo le mie direttive; oppure, se non è d'accordo, ne parlerà con il direttore dell'ospedale. In alcuni casi si finisce per chiedere uno studio apposito al reparto Management Engineering.

A gennaio del 1996 ho respinto per la prima volta la richiesta di assumere un nuovo tecnico per il reparto di Patologia. Eravamo a cavallo tra due periodi di budgeting. Il nostro anno fiscale va dal primo ottobre al 30 settembre. Poiché la posizione era vacante da tempo, bisognava chiedersi se era proprio indispensabile. Inoltre, l'esame del rapporto sulla distribuzione interna delle spese da parte dell'ufficio affari finanziari aveva rivelato che il volume complessivo dei test effettuati in Patologia era diminuito del 6% nell'anno solare 1995 rispetto all'anno solare 1994. Escludendo la sezione citologica, il volume dei test era praticamente stabile sui due anni: c'era stato solo un incremento dell'1%.

Nonostante l'utilità generale che potevano avere questi dati, pensavo che per fare una valutazione corretta, occorresse un conteggio dettagliato dei carichi storici di lavoro del laboratorio, almeno sui due anni precedenti (anche a campione). I dati storici indicano il numero di analisi, vetrini, reazioni normali e speciali effettuate per ogni codice di accessione. Poi si sarebbero potute applicare le unità di carico di lavoro definite dal CAP, in modo da avere una stima approssimativa dei carichi di lavoro. Ho chiesto a Debbie Winston, la responsabile amministrativa di Patologia, di fornirmi quella sintesi, offrendole un supporto operativo in caso di necessità.

Debbie non ha lavorato sulle singole attività, come avrei voluto io; mi ha dato delle sintesi generali, confrontando il totale dei vetrini chirurgici e autoptici preparati nel 1995 con quelle del 1985 e calcolando la media dei vetrini necessari per ogni caso chirurgico e autoptico. In mancanza di quell'analisi dettagliata, la proposta di assunzione, presentata a maggio nel budget, fu respinta.

Più avanti, nell'estate del 1996, il reparto di Patologia chiese nuovamente l'approvazione di quell'assunzione. I dati estratti dai record del laboratorio che vennero presentati a sostegno della richiesta indicavano che il numero delle operazioni chirurgiche e delle autopsie era aumentato di circa il 9% nei due anni, anche se i dati della collettività non mostravano alcun incremento. Una piccola parte dell'incremento era costituito dalle autopsie. Peccato che un intervento chirurgico rappresenti un carico di lavoro di 5, 27 vetrini, contro i 28, 6 vetrini dell'autopsia. Perciò per avere una base di confronto adeguata, ho trasformato sia le operazioni chirurgiche sia le autopsie in vetrini preparati, mettendo poi a confronto il totale dei vetrini preparati negli anni fiscali 1994 e 1995. la

comparazione dava un aumento di appena il 3%, che non appariva certo un incremento significativo nel carico di lavoro.

Presentai quest'analisi al dott. Russell, che poi fece fare ai medici del suo staff istologico un conteggio dettagliato degli esami patologici, suddividendo il totale dei vetrini esaminati per il totale dei vetrini esaminati per il tipo di esame. Questo lavoro dimostrò un aumento annuo, sugli ultimi due anni, di 10032 vetrini trattati con H&E, mentre il numero dei vetrini speciali era aumentato di 2614 unità. Poiché l'allocazione dei carichi di lavoro prevista dal CAP per queste due procedure è di 6, 23 minuti-uomo per vetrino ci sarebbe stata in apparenza un incremento di lavoro istologico pari a 120,314 minuti-uomo, decisamente superiore a un dipendente full-time. Sulla base di quest'analisi l'autorizzazione fu autorizzata con corrispondente adeguamento del budget.

Io cerco anche di distinguere gli utilizzi a cui vengono destinati i fondi. se stabilisco che il budget operativo è stato gonfiato da spese relative ai servizi o a personale di ricerca, cancello quelle spese dal budget di laboratorio. Tengo d'occhio tutti gli aumenti di costo che superano il tasso di inflazione e pretendo che ci sia sempre una giustificazione, possibilmente in termini quantitativi da poter sottoporre all'ufficio affari finanziari e al direttore. Se nel budget si richiede l'assunzione di un dipendente in più, aiuto il reparto nel preparare una giustificazione, che dovrebbe comprendere la spiegazione delle necessità operative da soddisfare: una quantificazione della domanda, ripartita per diagnosi, per la proposta di nuovi test, un'analisi dei carichi di lavoro, un'analisi dei costi e dei ricavi che dimostri (quando si può) che la spesa sarà recuperata attraverso la generazione di maggiori ricavi; inoltre richiedo per la proposta di nuovi test, un'analisi costo/prezzo.

Una giustificazione analoga viene spesso richiesta per gli investimenti. Naturalmente ci possono essere altre ragioni che giustificano un investimento di capitale; per esempio, l'età di una apparecchiatura, le frequenti riparazioni che comportano dei costi elevati, l'obsolescenza tecnica, la pericolosità, l'evoluzione dei metodi terapeutici e/o diagnostici: tutte cose che non si possono giustificare con un'analisi costi/benefici. Qui la documentazione del problema con le pezze giustificative aiuta molto ad ottenere l'approvazione. Sebbene la qualità dell'assistenza sia un argomento importante in qualunque giustificazione, essa deve sempre essere supportata da fatti. Capita spesso che si chiedi un'analisi costi benefici per poter valutare adeguatamente una richiesta di questo tipo. Una richiesta basata semplicemente sulla necessità di garantire la qualità della cura, non appoggiata da una giustificazione economica convincente, non sarà accolta".

Il dott. Johnson, che assisteva il dott. Russell sugli investimenti tecnici del reparto, spiegava che rispondere alle richieste dell'amministrazione non era assolutamente facile:

"L'ospedale non è disposto a spendere di più se non ci sono delle giustificazioni più che valide e il processo di analisi è assolutamente necessario. L'amministrazione ci chiederà sempre se l'attrezzatura che intendiamo acquistare ci farà ridurre i costi o migliorare la qualità delle cure. Perciò quando facciamo una richiesta abbiamo sempre in mente un'analisi costi benefici. Quest'analisi tiene conto delle esigenze del servizio, dell'efficienza e della qualità dell'assistenza".

Altri collaboratori dell'ospedale segnalavano le difficoltà implicite nell'interrelazione delle tre attività: assistenza ai pazienti, insegnamento e ricerca. Spesso, sia l'attrezzatura sia il personale servivano tutte e tre le aree, e i costi sostenuti a vario titolo non si potevano separare facilmente. Molti clienti, tra cui un numero sempre maggiore di istituzioni sanitarie private, avevano detto chiaro e tondo alla direzione del Lomita che non avrebbero pagato la quota di

ricerca e di insegnamento gravante su determinati acquisti, creando così un difficile dilemma per il primario che cercava di giustificare una richiesta sul piano dei costi.

Un'altra preoccupazione del dott. Russell era costituita dalla necessità di difendere il suo budget, non solo rispetto al responsabile amministrativo dei laboratori, ma anche rispetto ad altri livelli della gerarchia ospedaliera. Egli commentava in proposito:

“A tutti i livelli ci saranno dei tentativi di tagliare il budget. Il successo del tentativo dipende dalla validità delle tue giustificazioni e dalla disponibilità dei fondi. I meccanismi di controllo all'interno del Lomita sono straordinariamente efficienti. Tutti lavorano con il sospetto che i sottoposti cerchino di gonfiare i propri bisogni; lo faccio anch'io. A volte ciò accade realmente, altre no. Il problema è che non di rado l'amministrazione si dimostra quanto mai capricciosa su certe cose”.

Il reparto affari finanziari

Il reparto affari finanziari aveva il compito di coordinare il processo di preparazione del budget. Dopo che i dati sui volumi e sulle spese erano stati sottoposti ai diversi reparti, l'ufficio affari finanziari preparava un budget preliminare. Questo budget comprendeva sia i ricavi sia i costi; e i ricavi erano determinati in base al mix dei clienti paganti. Kenneth Javits, il controller dell'ospedale sottolineava il valore del budget preliminare:

“Lo chiamo budget delle spese prima degli aggiustamenti. Questo documento ci consente di capire quale sarà l'utile netto prima che insorga la necessità di ridurre le spese. Il problema successivo è individuare le aree su cui agire quando occorre tagliare delle spese. Di solito lo facciamo misurando gli incrementi di produttività. In genere riusciamo a capire quando il budget è capiente quando invece è tirato. Cerchiamo sempre un collegamento tra l'entità degli incrementi di costo e il volume del business. Poi esaminiamo i nuovi programmi e vediamo se sono stati assunti degli impegni ufficiali, se il programma appare necessario per il programma dell'ospedale, o se produrrà un impatto trascurabile rispetto agli obiettivi o alla politica dell'ospedale. Questa parte della costruzione del budget è piuttosto soggettiva e rappresenta la fase iniziale del processo di riduzione del budget”.

Se il reparto affari finanziari stabiliva che il budget conteneva delle aree soft, chiedeva al primario di tagliare le spese. Dopo aver negoziato il maggior numero di tagli, il budget veniva passato al direttore dell'ospedale, il dott. Henry Burton. Secondo Javits l'ufficio affari finanziari aveva un ruolo di coordinamento in questo processo, ma non imponeva le proprie decisioni ai diversi reparti:

“L'ufficio affari finanziari propone dei tagli alle spese e alle richieste. Noi non tagliamo. Sono i primari e Burton che tagliano. Dopo aver negoziato il più possibile il budget, noi forniamo raccomandazioni per il budget, che sottoponiamo al dott. Burton. E' lui che deve decidere cosa passare e cosa no nelle previsioni di spesa dei diversi reparti. E' lui che deve fare una valutazione indiretta del contributo di ciascuna voce del budget all'obiettivo finale dell'ospedale. A volte occorre una valutazione di tipo clinico. In questi casi i direttori associati, o medici amministrativi, come li hanno soprannominati, verranno chiamati in causa per dare il loro contributo. Il dott. Burton farà sapere al primario che ha ricevuto delle raccomandazioni specifiche dal comitato di valutazione del budget, che sono contrarie a quelle del primario stesso. A quel punto il primario deve



decidere se portare avanti o meno la sua decisione, nonostante il parere negativo dell'UAF. In realtà Burton è molto bravo a gestire questo processo. Se il primario pensa di non essere stato ascoltato, può richieder l'intervento e il giudizio del Consiglio di sorveglianza, ma è una eventualità estremamente rara”.

Poi il budget, nella versione raccomandata dal comitato di valutazione e rivista dal dott. Burton, andava al Budget Finance Committee (un comitato interno al Consiglio di sorveglianza) che era composto dal dott. Burton, da Colin Raymond (il direttore associato degli affari finanziari) e da altri membri del consiglio. Il primario di ciascun servizio poteva rivolgersi a questo gruppo anche se riteneva che le sue esigenze programmatiche non fossero state soddisfatte.

Secondo un osservatore,

In cima ai pensieri di Burton e Raymond c'è la scheda finanziaria dell'ospedale, che riflette i costi dell'anno precedente e costituisce la base su cui si effettua la proiezione dei costi attesi nell'anno successivo. Questa scheda governa il budget dall'inizio alla fine poiché l'amministrazione si preoccupa moltissimo sull'impatto che può avere il budget sull'immagine del Lomita. Perciò a loro interessa lavorare partendo dalla bottom line adattando i costi e i ricavi per arrivare quell'obiettivo”.

La domanda che adesso si poneva il dott. Russel era se a questo punto avrebbe o meno potuto inserire la richiesta di un altro tecnico nel suo nuovo budget. Ma non era convinto che questa decisione si potesse valutare indipendentemente dalle altre decisioni che doveva prendere, cioè la proiezione dei volumi e delle spese di reparto, e la proiezione dei volumi per la sezione citologica, visti i cambiamenti che si profilavano nell'organizzazione del reparto di Ginecologia. Sapeva che tutti i cambiamenti e le proiezioni che aveva fatto andavano giustificate in un modo estremamente convincente.

DOMANDE

1. Ricostruire le diverse fasi del processo di budgeting seguito dal Lomita. Chi sono gli attori-chiave di questo processo, e come influenzano il budget finale?
2. Qual è la vostra valutazione del modo in cui è stata gestita la richiesta di un tecnico in più? Come avreste modificato (ammettendo di volerlo fare) il ruolo interpretato dal signor Gunderson?
3. Che tipo di Centri di Responsabilità sono stati costituiti all'interno del Lomita? Come incidono sul processo di budgeting?
4. Il processo di budget è riconosciuto come momento rilevante della gestione del Lomita da parte di tutti i soggetti coinvolti? Fornire un dettaglio in merito.
5. Quali cambiamenti apporterebbe, eventualmente, al processo di budgeting in uso presso il Lomita Hospital? E alla Struttura dei Centri di responsabilità?

Statistiche sui servizi di supporto: reparto di patologia e

Tabella 1 laboratori

Giornate di degenza		110579	111000	110500		134119	130000	126000					
Visite													
Codice	Reparto/Laboratorio	Degenti				Pazienti ambulatoriali				Totali			
		Esercizio 1995	Previsioni 1996	Stime 1997	Var. % +(-)	Esercizio 1995	Previsioni 1996	Stime 1997	Var. % +(-)	Esercizio 1995	Previsioni 1996	Stime 1997	Var. % +(-)
212	Lab. Citoscopia	602	612	600	(2,0)	800	726	725	-	1402	1338	1325	(1,0)
213	Lab. Emogasanalisi	20465	23296	25000	7,3	998	1378	1600	16,1	21463	24674	26600	7,8
220	Lab. Chimico	214824	205888	206000	0,1	104593	70327	70000	(0,5)	319417	276215	276000	-
221	Lab. Batteriologia	69769	70250	72000	2,5	31893	32987	33000	0,2	101662	103187	105000	1,8
222	Lab. Ematologia	154312	162234	162000	(0,1)	86655	84049	85000	1,1	240967	246283	247000	0,3
228	Lab. Coagulazione	433	894	900	0,7	899	857	970	13,2	1332	1751	1870	6,8
229	Lab. Esterno	14673	16028	17000	6,1	10239	9323	9300	(0,2)	24912	25351	26000	3,7
230	Esami del Sangue	93004	98894	108600	9,3	21875	22305	24200	8,5	114879	121199	132800	9,6
233	Topizzazione Tissutale	100	76	90	18,4	975	720	990	37,5	1075	769		
												1080	35,7
235	Lab. Elettrocardiografia	18552	18472	18400	(0,4)	7493	7376	7575	2,7	26045	25848		
												25975	0,5
236	Lab. Emodinamica	2187	2974	3900	31,1	952	1278	2190	71,4	3139	4252	6090	43,2
240	Lab. Elettroencefalografia	2140	1292	1450	12,2	2585	1096	1200	9,5	4725	2388		
												2650	10,8
242	Topizzazione Tissutale-IHOB	110	94	90	(5,3)	1339	826	1340	62,2	1499	920		
												1430	55,4
245	Anatomia Patologica	4618	4524	4700	3,9	3705	3513	3820	8,7	8323	8037		
												8520	6,0
246	Lab. Citologia	1907	1830	1860	1,6	7752	6290	6506	3,4	9659	8120	8366	3,0
247	Sezioni Frigorifere	638	654	770	17,7	337	511	605	18,4	975	1165	1375	18,0
257	Lab. Vascolare	-	130	750	576,9	-	35	500	1428,6	-	165	1250	757,6
264	Emoteca	50	44	50	13,6	22	10	10	-	72	54	60	11,1

Tabella 2: Analisi delle statistiche sui test

	%	Totale in più (in meno)	Stime 1996	1995	1994	1993	1992	1991	1990	1989
Interv. Chirurgici	68,5	3820	9396	8546	8490	7791	7461	6810	6109	5576
Autopsie	13,77	46	380	327	324	363	358	340	339	334
Esami citologici	(20,29)	(1935)	7600	9358	10579	10457	13676	12426	12097	9535
1996-1989										
Attività particolari:										
Microscopia Elettronica	94,33	77	130	117	119	110	82	85	53	-
Microscopia con fluorescenza	594,44	107	125	118	97		31	62	18	-

Confronto tra anni fiscali, per trimestri

		1° T	2°T	3° T	Sub totale	4°T	Totale
Patologia chirurgica	1994-95	2141	2126	2173	6440	2025	8465
	1995-96	2156	2188	2385	6729	2085	8814
Variazione %		15	62	212	289	60	349
Autopsie	1994-95	87	89	67	243	79	322
	1995-96	92	95	98	285	(stime)101	386
Differenza/%Incremento		5	6	31	42	22	64
Citologia	1994-95	2501	2401	2361	7263	2361	9624
	1995-96	2239	1910	2014	6163	(stime)2201	8364
Differenza/%Incremento		(262)	(491)	(347)	(1100)	(160)	(1260)
Microscopia Elettronica	1994-95	30	37	33	100	21	121
	1995-96	27	21	25	73	(stime)25	98
Differenza/%Incremento		(3)	(16)	(8)	(27)	4	(23)
Microscopia fluorescenza	1994-95	17	26	23	66	15	81
	1995-96	15	20	24	59	(stime)22	81
Differenza/%Incremento		(2)	(6)	1	(7)	7	-

Figura 1: Organigramma del reparto di Anatomia Patologica

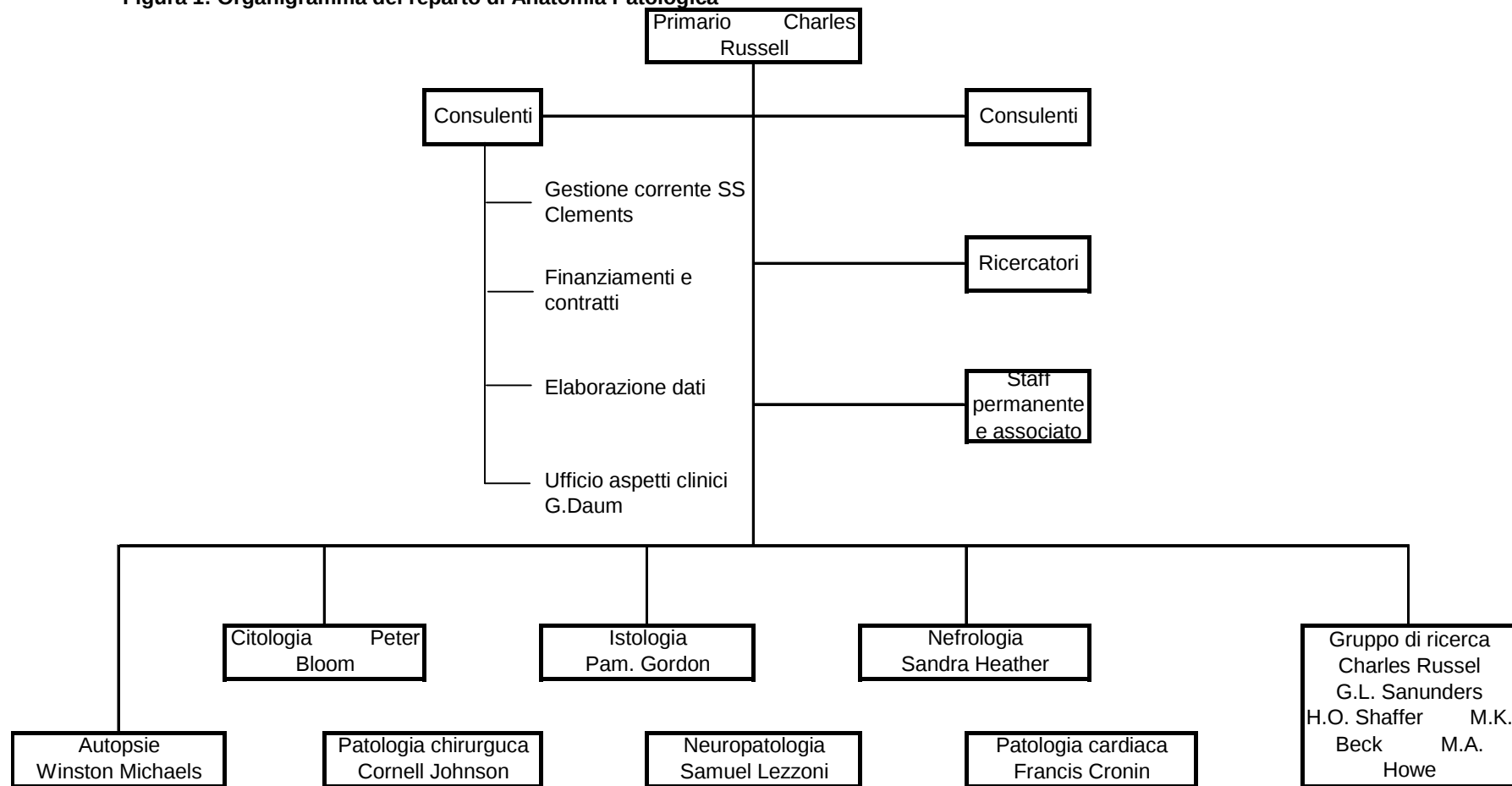


Figura 2 : Organigramma amministrativo dell'ospedale

