

Le determinanti della trasparenza informativa nella sanità pubblica. Un'analisi empirica nelle strutture ospedaliere italiane

Angelo Rosa, Angela Rella, Filippo Vitolla, Nicola Raimo*

La trasparenza informativa rappresenta un elemento particolarmente importante nell'ambito della sanità pubblica. Esistono infatti importanti asimmetrie informative tra i consumatori e i fornitori di assistenza sanitaria che, nel contesto italiano, hanno spinto il legislatore a intervenire al fine di garantire un certo livello di trasparenza informativa delle strutture ospedaliere. Nonostante ciò, le istituzioni della sanità pubblica forniscono differenti livelli di informazioni. Questo studio esamina il livello di trasparenza informativa delle strutture ospedaliere italiane e analizza l'impatto di determinanti connesse all'assetto organizzativo e alla struttura di governance. I risultati dimostrano un effetto positivo della dimensione e del genere del direttore generale e un impatto negativo della complessità sul

livello di trasparenza informativa delle strutture ospedaliere.

Parole chiave: trasparenza, Pubblica Amministrazione, Amministrazione Trasparente, sanità pubblica, strutture ospedaliere, informativa.

The determinants of information transparency in public health. An empirical analysis in Italian hospital facilities

Information transparency is a particularly important element in the context of public health. In fact, there are important information asymmetries between health care consumers and providers which, in the Italian context, have prompted the legislator to intervene in order to guarantee a certain level of information transparency of hospital facilities. Despite this, public health institutions provide different levels of information. This study examines the level of information transparency of Italian hospital facilities and analyses the impact of determinants related to the organizational and governance structures. The results demonstrate a positive effect of the size and gender of the director general and a negative impact of complexity on

S O M M A R I O

1. Introduzione
2. Background
3. Sviluppo delle ipotesi
4. Metodologia
5. Risultati e discussione
6. Conclusioni

* Angelo Rosa, Università "LUM". Corresponding author, e-mail: rosa@lbc.it.

Angela Rella, Department of Management, Finance and Technology, University "LUM", Casamassima. E-mail: rella.phdstudent@lum.it.

Filippo Vitolla, Department of Management, Finance and Technology, University "LUM", Casamassima. E-mail: vitolla@lum.it.

Nicola Raimo, Department of Management, Finance and Technology, University "LUM", Casamassima. E-mail: raimo@lum.it.

the level of information transparency of hospital facilities.

Keywords: Transparency, Public Administration, Amministrazione Trasparente, Public health, Hospitals, Disclosure.

Articolo sottomesso: 13/09/2021,
accettato: 03/02/2022

1. Introduzione

L'obiettivo di questo studio è quello di analizzare i fattori che influenzano il livello di trasparenza informativa delle strutture ospedaliere italiane.

Negli ultimi decenni la cultura tradizionale della Pubblica Amministrazione è cambiata e i meccanismi di trasparenza e *accountability* sono notevolmente migliorati. Nel settore pubblico la trasparenza informativa rappresenta un meccanismo in grado di aumentare l'efficacia e l'efficienza dei servizi pubblici (Piotrowski & Van Ryzin, 2007; Bauhr & Grimes, 2014) e di permettere un più facile accesso alle informazioni da parte dei cittadini (Roberts, 2006; Piotrowski & Van Ryzin, 2007). Essa, inoltre, da un lato permette una più adeguata comprensione delle politiche pubbliche e favorisce un clima di fiducia intorno alle istituzioni pubbliche (Park & Blenkinsopp, 2011) e, dall'altro, incrementa la responsabilità dei funzionari pubblici, garantendo una diminuzione importante del livello di corruzione (de Araújo & Tejedo-Romero, 2016; Tejedo-Romero & de Araújo, 2018). Tuttavia, la funzione principale della trasparenza è quella di mitigare le problematiche connesse alle asimmetrie informative esistenti tra la Pubblica Amministrazione e i cittadini (Bushman & Smith, 2001; Healy & Palepu, 2001).

Tali problematiche sono particolarmente rilevanti nel settore della sanità

pubblica. In tale contesto esistono infatti importanti asimmetrie informative tra i consumatori e i fornitori di assistenza sanitaria, quali ospedali e medici (Angst *et al.*, 2014). Per questo motivo, nell'ultimo ventennio, i politici e i sostenitori hanno lanciato appelli al fine di ottenere maggiore trasparenza sulla qualità dell'assistenza fornita ai pazienti da parte degli ospedali (Leuz, 2007). La logica di fondo è che, attraverso la divulgazione delle informazioni sulla qualità, le strutture ospedaliere possano essere più motivate a incrementare e migliorare la qualità stessa delle prestazioni (Angst *et al.*, 2014).

La rilevanza della trasparenza ha spinto i legislatori italiani a intervenire attraverso specifiche normative finalizzate a imporre un livello minimo di informativa alle amministrazioni pubbliche. Tali interventi si concretano nel D.Lgs. n. 33/2013, poi modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, il quale ha riordinato la disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, attraverso l'inserimento obbligatorio della sezione "Amministrazione Trasparente" all'interno dei siti web istituzionali.

Tali interventi hanno dunque riguardato anche la sanità pubblica. In questa prospettiva, le istituzioni sanitarie sono chiamate a fornire informazioni sulle risorse, sulla gestione e sulle performance in una particolare sezione del proprio sito web denominata "Amministrazione Trasparente" (Brusca *et al.*, 2015; Sangiorgi & Siboni, 2017). Tuttavia, nonostante l'intervento normativo, le istituzioni della sanità pubblica inseriscono differenti livelli di informazioni all'interno di tale sezione, mostrando differenti livelli di trasparenza.

La scelta di tali istituzioni di divulgare più o meno informazioni richiede ulteriori indagini anche dal punto di vista accademico. A oggi, infatti, la letteratura accademica non ha ancora indagato questioni relative alla trasparenza informativa di tali istituzioni e, in particolare, non sono noti i fattori in grado di influenzare le politiche di *disclosure*.

Questo studio mira a colmare tale gap attraverso l'analisi della trasparenza delle strutture ospedaliere italiane e dei fattori in grado di influenzare il livello di informazioni divulgate. La scelta di esaminare le strutture ospedaliere è connessa alla loro particolare vicinanza ai consumatori di assistenza sanitaria che rende necessario un adeguato livello di trasparenza informativa. Nell'ambito delle differenti tipologie di determinanti, il presente studio si focalizza sugli aspetti organizzativi e di *governance* considerando che le politiche di trasparenza dipendono dalla struttura e dalla visione e dalle caratteristiche dei vertici delle istituzioni sanitarie.

Il presente lavoro è organizzato come segue: la Sezione 2 presenta l'analisi della letteratura. La Sezione 3 introduce le ipotesi, mentre la Sezione 4 mostra la metodologia della ricerca. La Sezione 5 presenta e discute i risultati. Infine, la Sezione 6 offre le conclusioni dello studio.

2. Background

Nel settore della sanità pubblica, gli utenti si sono sempre affidati a pareri di amici e parenti nella scelta dei servizi e delle prestazioni sanitarie di cui servirsi (Boscarino & Adams, 2004; Angst *et al.*, 2014). Data la natura altamente consequenziale dei servizi di erogazione dell'assistenza sanitaria e la crescente attenzione del pubblico focalizzata sulle questioni relative alla sicurezza dei

pazienti, non sorprende che i consumatori abbiano recentemente mostrato interesse per la trasparenza e l'informativa di qualità come componenti chiave dell'assistenza sanitaria diretta al consumatore (Richard *et al.*, 2005; Sofaer *et al.* 2005; Harris & Butin, 2008). Sebbene l'avvento di internet rappresenti una soluzione per diffondere informazioni, la raccolta e la rappresentazione dei dati hanno rappresentato a lungo una sfida per gli operatori sanitari (Angst *et al.*, 2014). Le difficoltà incontrate dagli ospedali nell'implementazione di una corretta informativa sono riconducibili a due cause principali (Angst *et al.*, 2014). La prima riguarda la raccolta e la rappresentazione delle informazioni, mentre la seconda concerne l'interpretazione da parte degli utenti (Fiscella & Franks, 1999; Harris & Butin, 2008; Spranca *et al.*, 2000). La disponibilità di informazioni di qualità ha il potere di influenzare i consumatori nella scelta dei servizi di assistenza sanitaria. Tuttavia, in presenza di informazioni incomplete, gli utenti potrebbero sottovalutare la qualità dei fornitori (Angst *et al.*, 2014). Alla luce di ciò, numerose iniziative sono state intraprese al fine di elevare i livelli di trasparenza informativa delle strutture ospedaliere (Christianson *et al.*, 2010). In questa ottica, a livello internazionale, si inserisce la creazione di Hospital Compare, che rappresenta uno strumento informativo creato per aiutare i pazienti a confrontare la qualità delle cure fornite dagli ospedali. Tale strumento consente dunque ai pazienti di prendere decisioni informate su dove ricevere la propria assistenza sanitaria (Angst *et al.*, 2014). Gli studi precedenti sul tema della trasparenza delle strutture ospedaliere hanno evidenziato che la disseminazione di informazioni circa la qualità

dei servizi ospedalieri consenta di migliorarne la qualità (Lindenauer *et al.*, 2007; Fung *et al.*, 2008) e che i pazienti desiderino ottenere informazioni circa gli errori sanitari (Gallagher *et al.*, 2003) pur in presenza di difficoltà nell'interpretazione (Fiscella & Franks, 1999; Spranca *et al.*, 2000; Harris & Butin, 2008). Alla luce di ciò, è evidente la necessità per gli ospedali di aumentare il livello di trasparenza, al fine di fornire agli utenti informazioni di qualità e di facile interpretazione. Tuttavia, come sottolineato da Angst *et al.* (2014), le strutture ospedaliere potrebbero essere riluttanti a innalzare il livello di trasparenza o semplicemente incapaci di raccogliere e rappresentare al meglio le informazioni. Per questo motivo, una parte della letteratura ha indagato i fattori in grado di influenzare i livelli di trasparenza informativa delle strutture ospedaliere. A tal proposito, gli studiosi hanno evidenziato come la semplice implementazione di strategie orientate a un'ampia trasparenza fornisca importanti informazioni circa la qualità della struttura ospedaliera (Angst *et al.*, 2014). In effetti, gli ospedali che aderiscono a un programma di divulgazione volontaria stanno comunicando ad altre parti interessate che sono disposti a rivelare informazioni chiave sulle loro prestazioni circa aspetti rilevanti per i pazienti (Angst *et al.*, 2014). Le organizzazioni con migliori risultati saranno maggiormente orientate a fornire informazioni rispetto alle organizzazioni con prestazioni inferiori (Healy & Palepu, 1993; Kim & Verrecchia, 1994; Healy *et al.*, 1999). Tale circostanza è valida anche per le strutture ospedaliere. In questa prospettiva la qualità dei servizi offerti rappresenta una prima determinante del livello

di trasparenza informativa evidenziato dalla letteratura accademica (Angst *et al.*, 2014). Le strutture ospedaliere che offrono servizi di qualità, infatti, sono maggiormente propense a divulgare informazioni al fine di segnalare ai pazienti la bontà del proprio operato (Riley, 1979; Grossman, 1981).

Oltre alla qualità dei servizi offerti, un'altra determinante è rappresentata dal livello di concorrenza (Jin, 2005). Nell'ambito dell'assistenza sanitaria, la maggior parte dei servizi non può essere fornita da remoto o virtualmente ma, al contrario, richiede che il paziente si rechi fisicamente presso la struttura sanitaria per ricevere assistenza. Pertanto, è probabile che i pazienti effettuino delle precise scelte circa la struttura in cui recarsi al fine di ottenere una migliore qualità dell'assistenza sanitaria. A tal proposito, nelle aree urbane più grandi, in cui vi è un numero maggiore di strutture ospedaliere, i pazienti hanno un maggior numero di alternative e dunque gli ospedali dovranno fornire un maggior numero di informazioni al fine di orientare le scelte dei pazienti (Angst *et al.*, 2014). Contrariamente, nelle aree urbane più piccole, le strutture ospedaliere avranno una necessità inferiore di fornire informazioni (Angst *et al.*, 2014).

L'analisi della letteratura svolta mostra una limitata attenzione nei confronti delle determinanti della trasparenza informativa delle strutture ospedaliere. Inoltre, mostra una totale assenza di contributi finalizzati a esaminare i livelli informativi delle strutture ospedaliere italiane. Questo studio si inserisce in questo filone della letteratura e mira a colmare tali gap attraverso l'analisi delle determinanti del livello di trasparenza informativa delle strutture ospedaliere italiane.

3. Sviluppo delle ipotesi

Questo studio esamina l'impatto di quattro differenti elementi sul livello di trasparenza informativa delle strutture ospedaliere italiane. Più in dettaglio, esso esamina l'impatto di due determinanti relative all'assetto organizzativo e altre due connesse alla struttura di *governance*.

In riferimento all'assetto organizzativo, questo studio esamina l'impatto della dimensione e della complessità. La letteratura accademica ha identificato tali elementi quali potenziali determinanti del livello di trasparenza informativa (Barako, 2007; Álvarez *et al.*, 2009; Khodadadi *et al.*, 2010; Vitolla *et al.*, 2020a; Nicolò *et al.*, 2021). Più in dettaglio, gli studiosi hanno esaminato l'impatto della dimensione e della complessità in differenti tipologie di aziende private (Tagesson *et al.*, 2009; Gamerschlag *et al.*, 2011) e pubbliche quali governi locali (Tavares & da Cruz, 2020) e università (Álvarez *et al.*, 2009, 2011). Tali studiosi hanno evidenziato come le imprese pubbliche e private più grandi e complesse ricevano maggiori pressioni in relazione ai livelli di trasparenza informativa in virtù del più ampio numero di stakeholder interessati a conoscere le differenti dinamiche della gestione aziendale (Branco & Rodrigues, 2008; Reverte, 2009; Raimo *et al.*, 2019; Vitolla *et al.*, 2019). Essi hanno inoltre sottolineato come le organizzazioni più grandi e complesse godano di una maggiore disponibilità di risorse monetarie da destinare anche alla raccolta e alla divulgazione di informazioni (Sharif & Rashid, 2014). Tali logiche possono essere estese anche all'analisi della trasparenza informativa delle struttu-

re ospedaliere. Infatti, le strutture ospedaliere più grandi, in termini di posti letto, e complesse, in termini di reparti, hanno un bacino di utenza più ampio e, pertanto, sono esposte a maggiori pressioni in relazione ai livelli informativi rispetto ai piccoli ospedali. Inoltre, le strutture ospedaliere più grandi e complesse ricevono un ammontare maggiore di fondi e finanziamenti che possono essere utilizzati anche per migliorare le politiche di trasparenza informativa.

Dal punto di vista empirico, gli studi hanno mostrato una relazione positiva tra dimensione e trasparenza informativa in diversi contesti quali le imprese private (Craven & Marston, 1999; Oyeler *et al.*, 2003; Marston & Polei, 2004; Bonsón & Escobar, 2004; Lim *et al.*, 2007; Boesso & Kumar, 2007), i governi locali (Styles & Tennyson, 2007) e le università (Gordon & Berhow, 2009). Inoltre, essi hanno evidenziato l'esistenza di un'associazione positiva tra complessità e trasparenza informativa nel contesto dei governi locali (Haveri, 2006) e delle università (Rossi *et al.*, 2018). Dunque, alla luce dell'ampio supporto teorico ed empirico, è possibile formulare le seguenti ipotesi:

H1: La dimensione influenza positivamente la trasparenza informativa delle strutture ospedaliere italiane.

H2: La complessità influenza positivamente la trasparenza informativa delle strutture ospedaliere italiane.

In riferimento alla struttura di *governance*, questo studio esamina l'impatto del sesso e dell'età del direttore generale. I poteri del direttore generale di una struttura ospedaliere potrebbero essere equiparabili a quelli del Chief Executive Officer (CEO) nel

contesto delle imprese private. In assenza di studi relativi all'impatto delle caratteristiche del direttore generale sulla trasparenza informativa delle strutture sanitarie, per lo sviluppo delle ipotesi facciamo riferimento alle caratteristiche del CEO. Il sesso e l'età del CEO sono stati identificati come elementi in grado di influenzare il livello di trasparenza informativa delle imprese. In particolare, l'età del CEO ha un'associazione con il processo decisionale strategico e con la qualità dell'informativa (Davidson *et al.*, 2007; Troy *et al.*, 2011; Huang *et al.*, 2012; García-Sánchez *et al.*, 2020). I CEO più giovani sono infatti maggiormente orientati alla trasparenza e sono più propensi a fornire informazioni circa l'operato della propria azienda (Huang *et al.*, 2012). Inoltre, la letteratura accademica ha identificato anche il sesso del CEO come un elemento in grado di influenzare la trasparenza informativa aziendale. I valori culturali delle donne sono infatti più orientati alla cooperazione, al coinvolgimento degli stakeholder, alla cura nei confronti dei soggetti più deboli e alla trasparenza (Prado-Lorenzo & García-Sánchez, 2010; Raimo *et al.*, 2019; Vitolla *et al.*, 2019; 2020b; 2021). Alla luce di ciò, la presenza di un CEO di genere femminile dovrebbe fornire un incentivo alla divulgazione di un numero maggiore di informazioni. Quanto esposto, alla luce delle somiglianze tra i poteri del CEO e quelli del direttore generale, può supportare anche le ipotesi secondo cui l'età e il sesso di quest'ultimo impattano positivamente sul livello di trasparenza informativa delle strutture ospedaliere.

Dal punto di vista empirico, gli studi hanno mostrato una relazione positiva

tra l'età del CEO e la trasparenza informativa nel contesto delle imprese private (Huang *et al.*, 2012). Inoltre, essi hanno evidenziato una relazione positiva tra la diversità di genere e la trasparenza informativa nel contesto delle imprese private (Barako & Brown, 2008; Frias-Aceituno *et al.*, 2013; Lone *et al.*, 2016; Tamimi & Sebastianelli, 2017). Dunque, alla luce dell'ampio supporto teorico ed empirico, è possibile formulare le seguenti ipotesi:

H3: L'età del direttore generale influenza positivamente la trasparenza informativa delle strutture ospedaliere italiane.

H4: Il sesso del direttore generale influenza positivamente la trasparenza informativa delle strutture ospedaliere italiane.

4. Metodologia

4.1. Campione

Il campione di questo studio è composto da 100 strutture ospedaliere, più nello specifico da Aziende Ospedaliere, Aziende Ospedaliere Universitarie, Policlinici e Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Pubblici. Per l'identificazione del campione, abbiamo fatto riferimento al sito "Bussola della Trasparenza" (<http://bussola.magellanopa.gov.html>)¹, che rappresenta lo strumento messo a disposizione da MagellanoPA (il Knowledge Management System per la Pubblica Amministrazione ideato dal Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione) per la verifica degli adempimenti relativi alla trasparenza

¹ Al momento della raccolta dei dati la pagina relativa al sito "Bussola della Trasparenza" indicata nell'articolo era attiva, dunque è stato possibile identificare il campione e collezionare la variabile dipendente del presente studio. A oggi, consultando il sito di riferimento la pagina risulta "in costruzione".

per la Pubblica Amministrazione. Da aprile 2013, tutti gli obblighi di trasparenza informativa per le pubbliche amministrazioni sono disciplinati in un unico testo normativo: il D.Lgs. n. 33/2013. Il decreto, modificato ulteriormente nel mese di giugno 2016 dal D.Lgs. n. 97/2016, ha, tra l'altro, standardizzato la modalità di pubblicazione dei contenuti, indicando per ognuno di essi l'esatta posizione e denominazione all'interno dei siti istituzionali delle Pubbliche Amministrazioni.

Tramite la piattaforma "Bussola della Trasparenza" è possibile analizzare e monitorare le informazioni inserite dalle varie amministrazioni. All'interno del campione sono presenti unicamente le strutture ospedaliere che hanno comunicato un sito valido all'Indice dei domicili digitali della Pubblica Amministrazione e dei Gestori di Pubblici Servizi (IPA).

La Tab. 1 indica la distribuzione geografica per regione delle aziende ospedaliere incluse nel campione. Come mostrato dalla Tab. 1, un elevato numero delle strutture ospedaliere

esaminate è situato in Lombardia. Nel campione non sono invece presenti strutture ospedaliere situate in 4 delle 20 regioni italiane (Abruzzo, Molise, Trentino-Alto Adige, Valle d'Aosta).

4.2. Variabile dipendente

La variabile dipendente di questo studio è rappresentata dall'indice di trasparenza informativa delle strutture ospedaliere (IT). Tale indicatore è una unità di misura relativa, varia da 0 a 1 ed è calcolato tramite il rapporto tra le sezioni richieste da Amministrazione Trasparente e le sezioni compilate da ogni singola struttura ospedaliera. Le sezioni richieste dal D.Lgs. n. 33/2013 sono 84 e comprendono: documenti, informazioni e dati concernenti l'organizzazione dell'amministrazione, le attività e le sue modalità di realizzazione. Alla luce di ciò, la compilazione di tutte le 84 sezioni corrisponde a una totale trasparenza informativa della struttura ospedaliera. Contrariamente, la mancata compilazione di tutte le sezioni indica una struttura ospedaliera totalmente non trasparente. I punteggi

Tab. 1 – Distribuzione del campione per regione di appartenenza

Regione	Frequenza	
	Assoluta	Relativa (%)
Basilicata	1	1.00
Calabria	4	4.00
Campania	10	10.00
Emilia-Romagna	5	5.00
Friuli-Venezia Giulia	2	2.00
Lazio	7	7.00
Liguria	3	3.00
Lombardia	35	35.00
Marche	3	3.00
Piemonte	5	5.00
Puglia	4	4.00
Sardegna	2	2.00
Sicilia	9	9.00
Toscana	5	5.00
Umbria	1	1.00
Veneto	4	4.00

relativi alla variabile dipendente sono stati collezionati tramite il sito “Bussola della Trasparenza”. Tali punteggi sono stati calcolati attraverso un monitoraggio automatico effettuato sulla base delle informazioni comunicate dalle strutture ospedaliere italiane all’IPA. I dati raccolti fanno riferimento all’anno 2020 e sono stati raccolti nel mese di dicembre.

4.3. Variabili indipendenti e di controllo

Le variabili indipendenti di questo studio sono: la dimensione della struttura sanitaria (DIM), la complessità della struttura ospedaliera (COMPL), l’età del direttore generale (ETÀDG) e il sesso del direttore generale (GENDG).

La variabile DIM rappresenta la grandezza della struttura sanitaria, operazionalizzata attraverso il logaritmo naturale del numero dei posti letto effettivi totali. La variabile COMPL esprime il livello di complessità della struttura ospedaliera, misurata come numero di reparti funzionanti all’interno della struttura. La variabile ETÀDG rappresenta l’età del direttore generale, operazionalizzata in termini di anni. Infine, la variabile GENDG ha una natura dicotomica e assume un valore pari a 1 se il direttore generale è una donna e un valore pari a 0 altrimenti. I dati relativi alle variabili indipendenti sono stati raccolti direttamente all’interno dei siti internet delle singole strutture ospedaliere.

Al fine di aumentare la bontà del modello econometrico, sono state incluse alcune variabili di controllo. Le variabili di controllo aggiunte sono: la visibilità su internet (VISINT), l’età della struttura ospedaliera (ETÀ), la presenza del pronto soccorso (PS), l’affiliazione con un’università (UNI)

e la popolazione over 65 (OVER65). La variabile VISINT è calcolata come logaritmo naturale dei risultati di una ricerca in “google.com” in cui appare il nome esatto della struttura ospedaliera. La variabile ETÀ è calcolata come il numero di anni dalla fondazione della struttura ospedaliera. La variabile PS indica la presenza del pronto soccorso all’interno degli ospedali. Questa variabile ha una natura dicotomica e assume un valore pari a 1 se la struttura sanitaria prevede la presenza del pronto soccorso e un valore pari a 0 nel caso opposto. Anche la variabile UNI ha una natura dicotomica e assume un valore pari a 1 nel caso in cui la struttura ospedaliera è affiliata a una università e un valore pari a 0 nel caso opposto. Infine, la variabile OVER65 rappresenta la percentuale di abitanti con un’età superiore ai 65 anni presenti nella regione di appartenenza della struttura ospedaliera. I dati relativi alle variabili di controllo sono stati raccolti direttamente all’interno dei siti internet delle singole strutture ospedaliere nel mese di dicembre 2020 a eccezione della variabile OVER65 i cui dati sono stati raccolti direttamente dal sito dell’Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT).

4.4. Specificazione del modello

Al fine di testare le ipotesi di ricerca, questo studio utilizza un modello di regressione lineare multipla. In particolare, questo studio implementa un’analisi di tipo *cross-section* a causa dell’impossibilità di effettuare un’analisi longitudinale. Tale impossibilità è connessa all’indisponibilità dei dati relativi alla variabile dipendente negli anni precedenti al 2020. Il modello di analisi proposto da questo studio si riflette nella seguente equazione:

$$IT = \beta_0 + \beta_1 DIM + \beta_2 COMPL + \beta_3 ETÀDG + \beta_4 GENDG + \beta_5 VISINT + \beta_6 ETÀ + \beta_7 PS + \beta_8 UNI + \beta_9 OVER65 + \varepsilon.$$

5. Risultati e discussione

5.1. Statistiche descrittive e analisi di correlazione

La prima parte della Tab. 2 presenta le statistiche descrittive. Un interessante risultato è rappresentato dalla media della variabile dipendente. Essa infatti presenta un valore medio di 0.82, che dimostra un elevato livello di trasparenza informativa delle strutture ospedaliere esaminate. Più in dettaglio il valore ottenuto dimostra che le strutture ospedaliere esaminate compilano circa l'82% delle sezioni previste dalla normativa vigente in materia di trasparenza informativa della Pubblica Amministrazione.

Per quanto concerne le variabili indipendenti, la variabile DIM presenta una media pari a 6.17, mentre la variabile COMPL ha un valore medio a 68.9 a dimostrazione del fatto che le strutture ospedaliere esaminate sono composte in media da circa 69 differenti reparti. La variabile ETÀDG presenta un valore di media pari a 60.02. Tale valore dimostra che i direttori generali delle strutture ospedaliere esaminate hanno in media un'età di circa 60 anni. La variabile GENDG, invece, presenta un valore medio pari a 0.17. Tale valore dimostra che circa il 17% delle strutture ospedaliere esaminate prevede nell'organigramma un direttore generale di sesso femminile.

Per quanto concerne le variabili di controllo, la variabile VISINT mostra una media di 11.60, mentre la variabile ETÀ presenta un valore di media

pari a 108.31, dimostrando dunque un'età media delle strutture ospedaliere esaminate di poco superiore ai 108 anni. Circa il 90% delle strutture ospedaliere include il pronto soccorso, mentre circa il 56% di esse ha una affiliazione con una università come dimostrato dai valori di PS e UNI rispettivamente pari a 0.9 e 0.56. Infine, la variabile OVER65 presenta un valore medio pari a 23.04 che dimostra la presenza di circa il 23% di abitanti al di sopra dei 65 anni nelle regioni di appartenenza delle strutture ospedaliere esaminate.

La seconda parte della Tab. 2 riporta invece i risultati dell'analisi di correlazione. Tale analisi consente di escludere problemi di multicollinearità. Infatti, il coefficiente di correlazione più elevato, registrato tra COMPL e DIM, è pari a 0.511. A tal proposito, come sottolineato da Farrar e Glauber (1967), si registrano problemi di multicollinearità solo in presenza di valori che eccedono ± 0.8 o ± 0.9 . Dunque, alla luce di ciò, è possibile affermare l'assenza di problemi di multicollinearità nell'interpretazione dei risultati.

A conferma di ciò, è stato calcolato anche il fattore di inflazione della varianza (VIF). A tal proposito, il valore più elevato è pari a 2.13, confermando dunque l'assenza di problemi di multicollinearità. Infatti, secondo Myers (1990) non si registrano problemi di multicollinearità in presenza di valori dei VIF inferiori a 10.

Tab. 2 – Media, deviazione standard, VIF e correlazione

Variabili	Media	D.S	VIF	IT	DIM	COMPL	ETÀDG	GENDG	VISINT	ETÀ	PS	UNI	OVER65				
IT	0.82	0.30		1													
DIM	6.17	0.69	2.13	0.252	**	1											
COMPL	68.9	38.17	1.54	0.031	0.511	***	1										
ETÀDG	60.02	6.98	1.11	-0.133	-0.103	-0.225	**	1									
GENDG	0.17	0.37	1.09	0.017	0.024	0.124	-0.256	**	1								
VISINT	11.60	1.40	1.19	0.158	0.189	*	0.168	*	-0.001	0.056	1						
ETÀ	108.31	184.14	1.22	-0.090	0.232	**	0.069	-0.047	0.054	0.339	***	1					
PS	0.9	0.30	1.74	0.078	0.433	***	0.351	***	0.056	-0.036	0.190	*	0.075	1			
UNI	0.56	0.49	1.06	0.040	0.316	***	0.348	***	-0.159	0.002	0.059	0.122	0.107	1			
OVER65	23.04	2.07	1.09	0.275	***	0.165	*	0.089	-0.176	*	0.034	0.060	0.174	*	-0.054	0.111	1

Gli asterischi in tabella indicano il livello di significatività. Più nello specifico: *** livello di significatività 1%; ** livello di significatività 5%; * livello di significatività 10%.

5.2. Regressione multipla

Per testare le ipotesi di ricerca, questo studio ha utilizzato un modello di regressione lineare multipla. I risultati della regressione sono riassunti nella Tab. 3. Il modello di regressione consente di spiegare circa il 28,2% della varianza della variabile dipendente (R^2 aggiustato pari a 0.282).

I risultati supportano solo in parte l'impatto dell'assetto organizzativo e della struttura di *governance* sul livello di trasparenza informativa delle strutture ospedaliere. Essi infatti supportano solo due delle quattro ipotesi di questo studio.

A tal proposito, i risultati verificano l'ipotesi 1 (H1). Infatti, DIM ha una relazione positiva e altamente significativa con l'IT ($p = 0.003$). Questo risultato dimostra come le strutture ospedaliere più grandi, che includono cioè un maggior numero di posti letto, siano più propense a fornire informazioni. Tale risultato può essere spiegato dalle maggiori pressioni a cui sono esposte le strutture ospedaliere più grandi e dalle maggiori risorse finanziarie di cui godono. In relazione al primo elemento, infatti, la divulgazio-

ne di un maggior numero di informazioni può rappresentare un mezzo per mitigare le pressioni derivanti dall'ampio bacino di utenza. Invece, in relazione al secondo elemento, le maggiori risorse monetarie di cui godono le strutture ospedaliere di maggiori dimensioni possono essere utilizzate anche per la raccolta e la divulgazione di informazioni. Tali circostanze spiegano dunque l'effetto positivo della dimensione sulla trasparenza informativa delle strutture ospedaliere. A tal proposito, i risultati di questo studio estendono quelli ottenuti dagli studiosi precedenti in relazione alle imprese private (Craven & Marston, 1999; Oyelere *et al.*, 2003; Marston & Polei, 2004; Bonsón & Escobar, 2004; Lim *et al.*, 2007; Boesso & Kumar, 2007), ai governi locali (Styles & Tennyson, 2007) e alle università (Gordon & Berhow, 2009).

I risultati invece non supportano l'ipotesi 2 (H2). Infatti, essi dimostrano una relazione significativa ma negativa tra COMPL e IT ($p = 0.057$). Tale risultato dimostra come le strutture ospedaliere più complesse siano meno propense a fornire informazioni. Sebbene si tratti di un risultato sorpren-

Tab. 3 – Risultati del modello di regressione

Variabili	Coefficiente	Errore standard	p-value	Sign.
Costante	1.238	0.542	0.000	***
DIM	0.172	0.056	0.003	***
COMPL	-0.002	0.001	0.057	*
ETÀDG	-0.003	0.004	0.369	
GENDG	0.188	0.074	0.014	**
VISINT	0.043	0.021	0.041	**
ETÀ	-0.001	0.001	0.003	***
PS	-0.136	0.118	0.252	
UNI	0.009	0.060	0.878	
OVER65	0.042	0.013	0.003	***
N	100			
R ² agg.	0.282			

*** = significativo all'1%; ** = significativo al 5%; * = significativo al 10%.

dente, una possibile spiegazione può essere connessa alle difficoltà organizzative nella raccolta dei dati e delle informazioni che contraddistinguono le strutture ospedaliere più complesse. Tale circostanza potrebbe complicare la trasparenza delle strutture ospedaliere a causa dell'assenza di dati e informazioni relative ai singoli reparti, giustificando così l'esistenza di una relazione negativa tra la complessità e il livello di informazioni divulgate.

Anche l'ipotesi 3 (H3) non risulta verificata. Infatti, i risultati dimostrano una relazione non significativa tra la variabile ETÀDG e la variabile IT. Tale risultato dimostra che l'età del direttore generale non ha alcun effetto significativo sull'ammontare di informazioni divulgate dalla struttura ospedaliera.

Infine, l'ipotesi 4 (H4) è supportata dai risultati. Essi infatti dimostrano una relazione positiva e significativa tra GENDG e IT ($p = 0.014$). Tale risultato dimostra come la presenza di un direttore generale di sesso femminile all'interno della struttura ospeda-

liera favorisca la divulgazione di un maggior numero di informazioni. Tale risultato può essere spiegato dalla propensione delle donne nei confronti della cooperazione, del coinvolgimento degli stakeholder e della trasparenza. Tali valori culturali potrebbero dunque giustificare l'impatto positivo del genere femminile del direttore generale sulla trasparenza informativa delle strutture ospedaliere.

Infine, in relazione alle variabili di controllo, i risultati mostrano un impatto positivo delle variabili VISINT, ETÀ e OVER65. Tali risultati dimostrano che le strutture ospedaliere che godono di una maggiore visibilità su internet, quelle più antiche e quelle localizzate in regioni con una maggiore percentuale di cittadini con un'età superiore ai 65 anni sono più propense a fornire informazioni.

6. Conclusioni

Questo studio ha esaminato i fattori che influenzano il livello di trasparenza informativa delle strutture ospeda-

liere italiane. I risultati hanno evidenziato un effetto positivo della dimensione e del genere femminile del direttore generale sul livello di trasparenza informativa delle strutture ospedaliere. Essi hanno inoltre sottolineato un impatto negativo della complessità e un'influenza non significativa dell'età del direttore generale sul livello di informazioni divulgate dalle strutture ospedaliere.

Questo studio contribuisce alla letteratura esistente in due modi. In primo luogo, esso contribuisce ad aumentare la conoscenza circa i livelli di trasparenza informativa della sanità pubblica in Italia. A tal proposito, esso rappresenta il primo studio che esamina il livello di informazioni divulgate dalle strutture ospedaliere italiane. In secondo luogo, questo studio contribuisce ad aumentare la conoscenza circa il ruolo svolto dall'assetto organizzativo e dalla struttura di *governance* nelle politiche di trasparenza informativa della sanità pubblica, fornendo dunque una visione complessiva delle determinanti del livello di informazioni divulgate dalle strutture ospedaliere italiane.

I risultati offrono implicazioni importanti per i *policy-makers*. Alla luce dell'impatto positivo del genere femminile del direttore generale sul livello di trasparenza informativa, i *policy-makers*, attraverso specifici interventi, dovrebbero favorire la nomina di donne come direttori generali delle strutture ospedaliere.

Questo studio tuttavia non è esente da limitazioni. Tali limitazioni sono connesse principalmente alla tipologia di

dati utilizzati e al numero limitato di determinanti esaminate. In relazione alla prima limitazione, questo studio utilizza dati secondari per l'operazionalizzazione del livello di trasparenza informativa delle strutture ospedaliere. Tali dati, seppur forniti da accreditate piattaforme ministeriali, non garantiscono una valutazione piena della qualità dell'informativa trasmessa dalle strutture ospedaliere. In relazione alla seconda limitazione, questo studio esamina l'impatto di un numero limitato di fattori a causa dell'impossibilità di reperire dati relativi ad altre variabili indipendenti. Queste limitazioni, tuttavia, non riducono la qualità generale del lavoro e, soprattutto, offrono spunti interessanti per le ricerche future. Esse, infatti, in relazione alla prima limitazione potranno costruire differenti indici di trasparenza e utilizzare tecniche di *content analysis* al fine di misurare l'effettivo ammontare di informazioni divulgate dalle singole strutture sanitarie. In relazione alla seconda limitazione, le ricerche future potranno estendere il novero di determinanti esaminate somministrando questionari alle strutture ospedaliere al fine di ottenere ulteriori dati da inserire nell'analisi econometrica. Infine, le ricerche future potranno estendere l'analisi delle determinanti della trasparenza informativa ad altri enti pubblici interessati dai recenti interventi normativi quali le aziende sanitarie locali, le università, i comuni, le province, le federazioni nazionali, gli ordini, i collegi e i consigli professionali.

BIBLIOGRAFIA

- Álvarez I.G., Prado-Lorenzo J.M., & García-Sánchez I.M. (2011). Corporate social responsibility and innovation: A resource-based theory. *Management Decision*, 49(10): 1709-1727. DOI: 10.1108/00251741111183843.
- Álvarez I.G., Sánchez I.G., & Domínguez L.R. (2009). La eficacia del gobierno corporativo y la divulgación de información en Internet. *Investigaciones europeas de dirección y economía de la empresa*, 15(1): 109-135.
- Angst C., Agarwal R., Gao G.G., Khuntia J., & McCullough J.S. (2014). Information technology and voluntary quality disclosure by hospitals. *Decision Support Systems*, 57: 367-375. DOI: 10.1016/j.dss.2012.10.042.
- Barako D.G. (2007). Determinants of voluntary disclosures in Kenyan companies' annual reports. *African Journal of Business Management*, 1(5). DOI: 10.5897/AJBM.9000203.
- Barako D.G., & Brown A.M. (2008). Corporate social reporting and board representation: evidence from the Kenyan banking sector. *Journal of Management & Governance*, 12(4): 309-324. DOI: 10.1007/S10997-008-9053-X.
- Bauhr M., & Grimes M. (2014). Indignation or resignation: The implications of transparency for societal accountability. *Governance*, 27(2): 291-320. DOI: 10.1111/GOVE.12033.
- Boesso G., & Kumar K. (2007). Drivers of corporate voluntary disclosure: A framework and empirical evidence from Italy and the United States. *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 20(2): 269-296. DOI: 10.1108/09513570710741028.
- Bonsón E., & Escobar T. (2004). La difusión voluntaria de información financiera en Internet. Un análisis comparativo entre Estados Unidos, Europa del Este y la Unión Europea. *Spanish Journal of Finance and Accounting/Revista Española de Financiación y Contabilidad*, 33(123): 1063-1101. DOI: 10.1080/02102412.2004.10779539.
- Boscarino J.A., & Adams R.E. (2004). Public perceptions of quality care and provider profiling in New York: implications for improving quality care and public health. *Journal of Public Health Management and Practice*, 10(3): 241-250.
- Branco M.C., & Rodrigues L.L. (2008). Factors influencing social responsibility disclosure by Portuguese companies. *Journal of Business Ethics*, 83(4): 685-701. DOI: 10.1007/S10551-007-9658-Z.
- Brusca I., Caperchione E., Cohen S., & Rossi F.M. (Eds.) (2015). *Public sector accounting and auditing in Europe: The challenge of harmonization*, pp. 1-278. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Bushman R.M., & Smith A.J. (2001). Financial accounting information and corporate governance. *Journal of Accounting and Economics*, 32(1-3): 237-333. DOI: 10.1016/S0165-4101(01)00027-1.
- Christianson J.B., Volmar K.M., Alexander J., & Scanlon D.P. (2010). A report card on provider report cards: current status of the health care transparency movement. *Journal of general internal medicine*, 25(11): 1235-1241. DOI: 10.1007/S11606-010-1438-2.
- Craven B.M., & Marston C.L. (1999). Financial reporting on the Internet by leading UK companies. *European Accounting Review*, 8(2): 321-333. DOI: 10.1080/096381899336069.
- Davidson W.N., Xie B., Xu W., & Ning Y. (2007). The influence of executive age, career horizon and incentives on pre-turnover earnings management. *Journal of Management & Governance*, 11(1): 45-60. DOI: 10.1007/S10997-007-9015-8.
- De Araujo J.F.F.E., & Tejedo-Romero F. (2016). Local government transparency index: determinants of municipalities' rankings. *International Journal of Public Sector Management*, 29(4): 327-347. DOI: 10.1108/IJPSM-11-2015-0199.
- Farrar D.E., & Glauber R.R. (1967). Multicollinearity in regression analysis: the problem revisited. *The Review of Economic and Statistics*, 49(1): 92-107.
- Fiscella K., & Franks P. (1999). Influence of patient education on profiles of physician practices. *Annals of internal medicine*, 131(10): 745-751. DOI: 10.7326/0003-4819-131-10-199911160-00005.
- Frias-Aceituno J.V., Rodríguez-Ariza L., & García-Sánchez I.M. (2013). The role of the board in the dissemination of integrated corporate social reporting. *Corporate social responsibility and environmental management*, 20(4): 219-233. DOI: 10.1002/CSR.1294.
- Fung C.H., Lim Y.W., Mattke S., Damberg C., & Shekelle P.G. (2008). Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Annals of internal*

- medicine*, 148(2): 111-123. DOI: 10.7326/0003-4819-148-2-200801150-00006.
- Gallagher T.H., Waterman A.D., Ebers A.G., Fraser V.J., & Levinson W. (2003). Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *Jama*, 289(8): 1001-1007. DOI: 10.1001/JAMA.289.8.1001.
- Gamerschlag R., Möller K., & Verbeeten F. (2011). Determinants of voluntary CSR disclosure: empirical evidence from Germany. *Review of Managerial Science*, 5(2-3): 233-262. DOI: 10.1007/s11846-010-0052-3.
- García-Sánchez I.M., Raimo N., & Vitolla F. (2020). CEO power and integrated reporting. *Meditari Accountancy Research*, 29(4): 908-942. DOI: 10.1108/MEDAR-11-2019-0604.
- Gordon J., & Berhow S. (2009). University websites and dialogic features for building relationships with potential students. *Public relations review*, 35(2): 150-152. DOI: 10.1016/J.PUBREV.2008.11.003.
- Grossman S.J. (1981). The informational role of warranties and private disclosure about product quality. *The Journal of Law and Economics*, 24(3): 461-483.
- Harris K., & Buntin M. (2008). Choosing a health care provider: the role of quality information. *Policy*, 1(6): 1-25.
- Haveri A. (2006). Complexity in local government change: Limits to rational reforming. *Public Management Review*, 8(1): 31-46. DOI: 10.1080/14719030500518667.
- Heald D. (Ed.) *Transparency: The Key to Better Governance?*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Healy P.M., & Palepu K.G. (1993). The effect of firms' financial disclosure strategies on stock prices. *Accounting horizons*, 7(1): 1.
- Healy P.M., & Palepu K.G. (2001). Information asymmetry, corporate disclosure, and the capital markets: A review of the empirical disclosure literature. *Journal of accounting and economics*, 31(1-3): 405-440. DOI: 10.1016/S0165-4101(01)00018-0.
- Healy P.M., Hutton A.P., & Palepu K.G. (1999). Stock performance and intermediation changes surrounding sustained increases in disclosure. *Contemporary accounting research*, 16(3): 485-520. DOI: 10.1111/J.1911-3846.1999.TB00592.X.
- Huang H.W., Rose-Green E., & Lee C.C. (2012). CEO age and financial reporting quality. *Accounting Horizons*, 26(4): 725-740. DOI: 10.2308/ACCH-50268.
- Jin G.Z. (2005). Competition and disclosure incentives: an empirical study of HMOs. *Rand journal of Economics*, 36(1): 93-112.
- Khodadadi V., Khazami S., & Aflatooni A. (2010). The effect of corporate governance structure on the extent of voluntary disclosure in Iran. *Business Intelligence Journal*, 3(2): 151-164.
- Kim O., & Verrecchia R.E. (1994). Market liquidity and volume around earnings announcements. *Journal of accounting and economics*, 17(1-2): 41-67. DOI: 10.1016/0165-4101(94)90004-3.
- Leuz C. (2007). Was the Sarbanes-Oxley Act of 2002 really this costly? A discussion of evidence from event returns and going-private decisions. *Journal of Accounting and Economics*, 44(1-2): 146-165. DOI: 10.1016/J.JACCECO.2007.06.001.
- Lim S., Matolcsy Z., & Chow D. (2007). The association between board composition and different types of voluntary disclosure. *European Accounting Review*, 16(3): 555-583. DOI: 10.1080/09638180701507155.
- Lindenauer P.K., Remus D., Roman S., Rothberg M.B., Benjamin E.M., Ma A., & Bratzler D.W. (2007). Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement. *New England Journal of Medicine*, 356(5): 486-496. DOI: 10.1056/NEJMsa064964.
- Lone E.J., Ali A., & Khan I. (2016). Corporate governance and corporate social responsibility disclosure: evidence from Pakistan. *Corporate Governance: The international journal of business in society*, 125: 601-615. DOI: 10.1108/CG-05-2016-0100.
- Marston C., & Polei A. (2004). Corporate reporting on the Internet by German companies. *International journal of Accounting Information systems*, 5(3): 285-311. DOI: 10.1016/J.ACCINF.2004.02.009.
- Myers J. (1990). *Variance inflation factor analysis: Interpretation and understanding*. Lawrence Erlbaum: Hillsdale, NJ.
- Nicolò G., Ricciardelli A., Raimo N., & Vitolla F. (2021). Visual disclosure through integrated reporting. *Management Decision*, 60(4): 976-994. DOI: 10.1108/MD-01-2021-0034.
- Oyelere P., Laswad F., & Fisher R. (2003). Determinants of internet financial reporting by New Zealand companies. *Journal of International Financial Management & Accounting*, 14(1): 26-63. DOI: 10.1111/1467-646X.00089.
- Park H., & Blenkinsopp J. (2011). The roles of transparency and trust in the relationship between corruption and citizen satisfaction. *International Review of Administrative Sciences*, 77(2): 254-274. DOI: 10.1177/0020852311399230.
- Piotrowski S.J., & Van Ryzin G.G. (2007). Citizen attitudes toward transparency in local government. *The American review of public administration*, 37(3): 306-323. DOI: 10.1177/0275074006296777.

- Prado-Lorenzo J.M., & García-Sánchez I.M. (2010). The role of the board of directors in disseminating relevant information on greenhouse gases. *Journal of business ethics*, 97(3): 391-424. DOI: 10.1007/S10551-010-0515-0.
- Raimo N., Vitolla F., Marrone A., & Rubino M. (2020). The role of ownership structure in integrated reporting policies. *Business Strategy and the Environment*, 29(6): 2238-2250. DOI: 10.1002/BSE.2498.
- Raimo N., Zito M., & Caragnano A. (2019). Does national culture affect integrated reporting quality? A focus on GLOBE dimensions. In: *9th International Symposium on Natural Resources Management, May 31st, 2019, Zaječar, Serbia*, pp. 383-392.
- Reverte C. (2009). Determinants of corporate social responsibility disclosure ratings by Spanish listed firms. *Journal of business ethics*, 88(2): 351-366. DOI: 10.1007/S10551-008-9968-9.
- Richard S.A., Rawal S., & Martin D.K. (2005). Patients' views about cardiac report cards: a qualitative study. *The Canadian journal of cardiology*, 21(11): 943-947.
- Riley J.G. (1979). Testing the educational screening hypothesis. *Journal of Political Economy*, 87(5, Part 2): S227-S252.
- Roberts A. (2006, January). Dashed expectations: Governmental adaptation to transparency rules. In: *Proceedings-British Academy* (135: 107). Oxford University Press Inc.
- Rossi F.M., Nicolò G., & Polcini P.T. (2018). New trends in intellectual capital reporting: Exploring online intellectual capital disclosure in Italian universities. *Journal of Intellectual Capital*, 19(4): 814-835. DOI: 10.1108/JIC-09-2017-0119.
- Sangiorgi D., & Siboni B. (2017). The disclosure of intellectual capital in Italian universities: What has been done and what should be done. *Journal of intellectual capital*, 18(2): 354-372. DOI: 10.1108/JIC-09-2016-0088.
- Sharif M., & Rashid K. (2014). Corporate governance and corporate social responsibility (CSR) reporting: an empirical evidence from commercial banks (CB) of Pakistan. *Quality & Quantity*, 48(5): 2501-2521. DOI: 10.1007/S11135-013-9903-8.
- Sofaer S., Crofton C., Goldstein E., Hoy E., & Crabb J. (2005). What do consumers want to know about the quality of care in hospitals?. *Health services research*, 40(6p2): 2018-2036. DOI: 10.1111/J.1475-6773.2005.00473.X.
- Spranca M., Kanouse D.E., Elliott M., Short P.F., Farley D.O., & Hays R.D. (2000). Do consumer reports of health plan quality affect health plan selection?. *Health services research*, 35(5 Pt 1): 933.
- Styles A.K., & Tennyson M. (2007). The accessibility of financial reporting of US municipalities on the Internet. *Journal of Public Budgeting, Accounting & Financial Management*, 19(1): 56-92. DOI: 10.1108/JPBAFM-19-01-2007-B003.
- Tagesson T., Blank V., Broberg P., & Collin S.O. (2009). What explains the extent and content of social and environmental disclosures on corporate websites: a study of social and environmental reporting in Swedish listed corporations. *Corporate social responsibility and environmental management*, 16(6): 352-364. DOI: 10.1002/CSR.194.
- Tamimi N., & Sebastianelli R. (2017). Transparency among S&P 500 companies: An analysis of ESG disclosure scores. *Management Decision*, 55(8): 1660-1680. DOI: 10.1108/MD-01-2017-0018.
- Tavares A.F., & da Cruz N.F. (2020). Explaining the transparency of local government websites through a political market framework. *Government Information Quarterly*, 37(3), 101249. DOI: 10.1016/J.GIQ.2017.08.005.
- Tejedo-Romero F., & de Araújo J.F.F.E. (2018). Determinants of local governments' transparency in times of crisis: evidence from municipality-level panel data. *Administration & society*, 50(4): 527-554. DOI: 10.1177/0095399715607288.
- Troy C., Smith K.G., & Domino M.A. (2011). CEO demographics and accounting fraud: Who is more likely to rationalize illegal acts?. *Strategic Organization*, 9(4): 259-282. DOI: 10.1177/1476127011421534.
- Vitolla F., Raimo N., Rubino M., & Garegnani G.M. (2021). Do cultural differences impact ethical issues? Exploring the relationship between national culture and quality of code of ethics. *Journal of International Management*, 27(1), 100823. DOI: 10.1016/J.INTMAN.2021.100823.
- Vitolla F., Raimo N., Rubino M., & Garzoni A. (2019). How pressure from stakeholders affects integrated reporting quality. *Corporate Social Responsibility and Environmental Management*, 26(6): 1591-1606. DOI: 10.1002/CSR.1850.
- Vitolla F., Raimo N., Rubino M., & Garzoni A. (2020a). The determinants of integrated reporting quality in financial institutions. *Corporate Governance: The International Journal of Business in Society*, 20(3): 429-444. DOI: 10.1108/CG-07-2019-0202.
- Vitolla F., Rubino M., & Raimo N. (2020b). Gli effetti della cultura nazionale sulla qualità della disclosure del capitale intellettuale nel contesto dell'Integrated Reporting. *Management Control*, 1: 137-160.