



C E N S I S

Unipol
GRUPPO



Welfare Italia 2015
Impatto e potenziale di crescita
della White Economy

(Sintesi della ricerca)

Roma, dicembre 2015

INDICE DEL RAPPORTO COMPLETO

1.	Gli scenari della protezione sociale tra cambiamenti strutturali e spinte adattative	1
1.1.	I tre paradossi del <i>welfare</i>	1
1.2.	Il difficile esercizio di tutelare la salute con un sistema “intrinsecamente” a rischio	4
1.3.	La molecolarità impoverente della spesa privata	6
2.	Prevedere per prevenire: un nodo ancora irrisolto	8
2.1.	Il mancato decollo di una cultura previdenziale diffusa	8
2.2.	Il modello – da rivedere - dell’assistenza fai da te	9
3.	Il valore economico e occupazionale delle attività di <i>White Economy</i>	13
3.2.	Le grandezze economiche in gioco	13
3.2.	L’occupazione generata nella <i>White Economy</i>	17
3.2.	L’impatto della <i>White Economy</i> sulle altre branche produttive	19

1. GLI SCENARI DELLA PROTEZIONE SOCIALE TRA CAMBIAMENTI STRUTTURALI E SPINTE ADATTATIVE

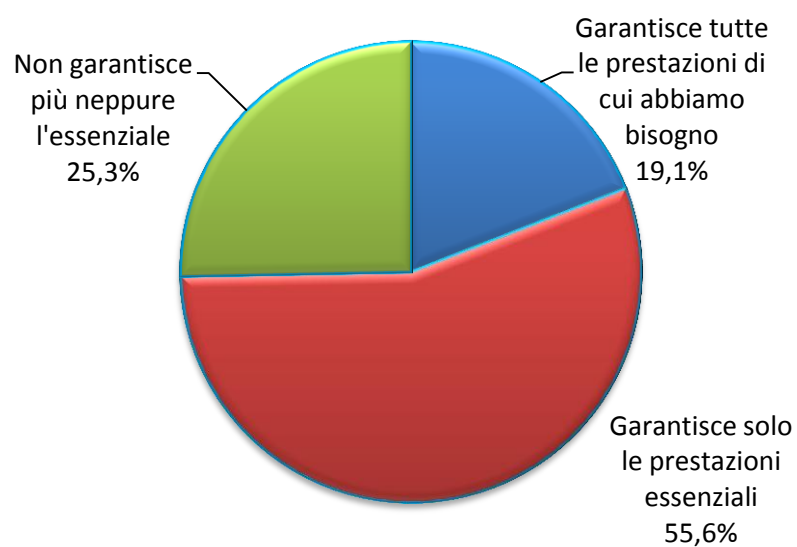
1.1. I tre paradossi del *welfare*

Durante la crisi economica degli ultimi sette anni le famiglie italiane hanno messo in campo comportamenti fortemente prudenziali sul fronte dei consumi. Ne è derivato un crollo della domanda interna di beni e servizi e una conseguente spirale recessiva. Al livello elevato di allarme e di preoccupazione ha sicuramente contribuito la presa d'atto generalizzata di una progressiva erosione delle garanzie di protezione rispetto ai grandi rischi. I temi fondativi del *welfare* pubblico, la sanità, innanzitutto, ma anche l'assistenza e la previdenza, sui quali la società italiana ha fatto perno per tanti decenni libera di dedicare le proprie migliori energie alla mobilità sociale ed all'allargamento dei confini del ceto medio sono diventati un elemento problematico, oggetto di preoccupazione e di continui arbitraggi decisionali.

Il "primo paradosso del *welfare*" consiste dunque nel fatto che ciò che dovrebbe essere fonte di assicurazione, diventa esso stesso oggetto di ansia e di preoccupazione. Sono meno di un quinto del totale le famiglie che si sentono del tutto protette. La gran parte, più della metà, pensano di essere coperte solo sui grandi rischi, mentre una quota importante (più del 25%) è del tutto disillusa e non si aspetta più nulla (fig. 1).

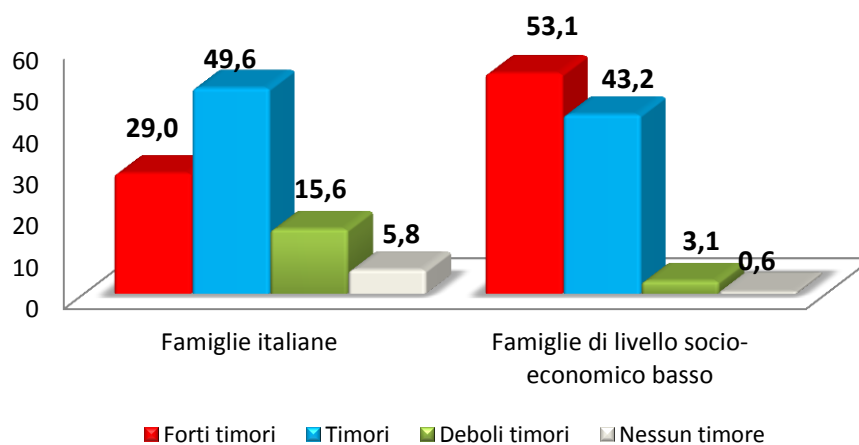
Il "secondo paradosso del *welfare*" va ricercato negli effetti diretti dei suoi processi di trasformazione. La generalizzata traslazione di responsabilità e di costi verso le famiglie avviene infatti in modo niente affatto neutro, amplificando divari e disuguaglianze, ossia producendo l'esatto contrario di quello per cui un sistema di protezione sociale esiste e viene organizzato. Il timore di nuove spese connesse alla protezione sociale si amplifica tra le famiglie di livello socio-economico basso che, nella misura del 53,1% del totale dei nuclei, esprimono forti preoccupazioni al riguardo e comunque molto superiori a quelle della media delle famiglie italiane (fig. 2).

Fig. 1 - Opinioni delle famiglie italiane sul grado di copertura del welfare pubblico (val.%)



Fonte: Censis 2015

Fig. 2 - Famiglie che esprimono timore in merito alle nuove spese per il welfare ed alla possibilità di mettere a rischio i bilanci familiari (val.%)

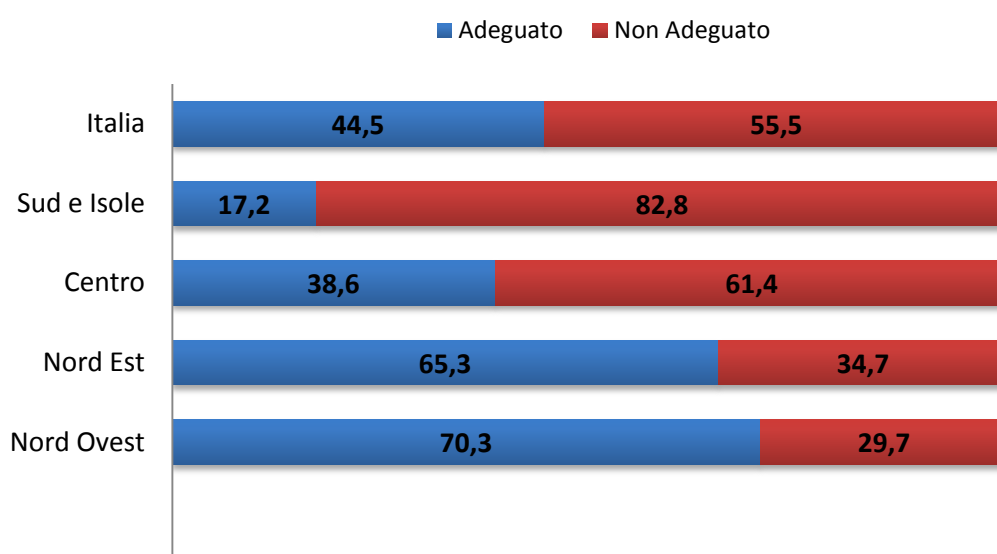


Fonte: Censis 2015

Ma se la questione dei costi delle prestazioni ha un'indubbia centralità a questo riguardo, non è da trascurare l'ambito socio-culturale di atterraggio dei processi di responsabilizzazione. La comprensione del cambiamento, l'accesso alle informazioni, la capacità di organizzare risorse private per costruire reti di protezione, sono tutti elementi in grado di produrre nuove disuguaglianze e dunque, nuovi divari.

Il terzo paradosso non ha nulla di nuovo e riguarda il modo con cui la dimensione della protezione sociale taglia l'Italia in tre parti. Oggi un richiamo al valore universalistico del *welfare* pubblico, guardando alle opinioni dei cittadini del Mezzogiorno sulla qualità e l'adeguatezza dei loro servizi sanitari regionali, fa quasi sorridere (fig. 3). E nel frattempo aumentano i "pellegrinaggi di cura" dalle regioni del Sud verso i sistemi di offerta sanitaria Nord Italia o, in alcuni casi e per alcune specialità, verso sistemi sanitari esteri.

Fig. 3 - Opinioni sull'adeguatezza e la qualità del servizio sanitario regionale (val.%)

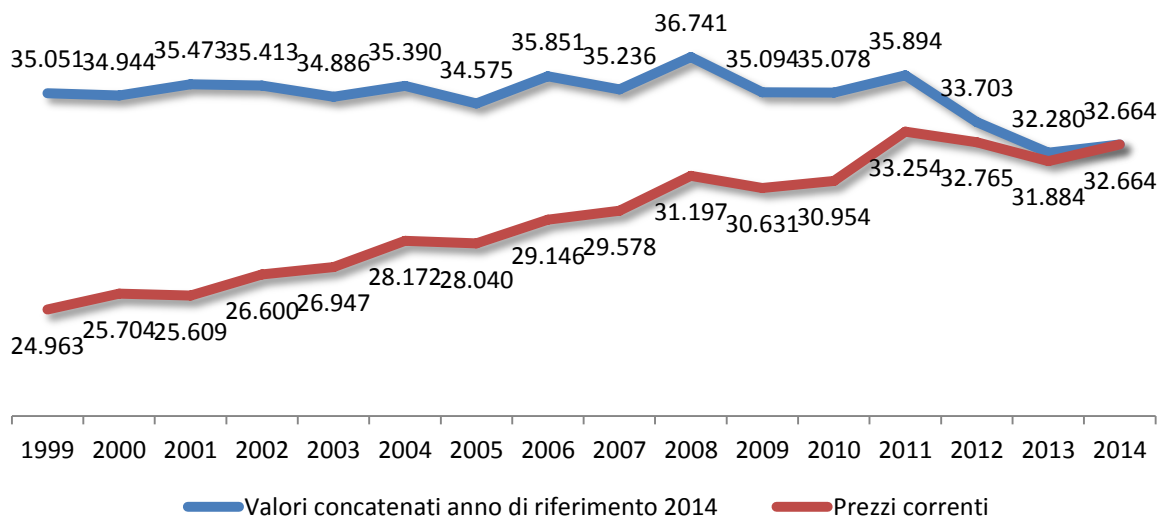


Fonte: indagine Censis 2015

1.2. Il difficile esercizio di tutelare la salute con un sistema “intrinsecamente” a rischio

La spesa sanitaria complessiva ha toccato il suo tetto massimo circa due anni dopo l’inizio della recessione economica mondiale. Da quel momento ha iniziato una parabola discendente in termini reali. La parte pubblica è stata messa sotto controllo perché la sua crescita non era compatibile con le esigenze di contenimento del deficit nazionale. La parte privata ha risentito delle difficoltà economiche delle famiglie che hanno assunto atteggiamenti prudentziali verso la spesa complessiva, comprensiva anche dell’acquisto di farmaci e prestazioni sanitarie. Le famiglie hanno fatto un costante arbitraggio di tutte le loro esigenze, includendo tra queste le stesse prestazioni di cura. Là dove ritenevano possibile rinviare l’hanno fatto, sia che si trattasse dell’acquisto di un bene sia di una prestazione sanitaria ritenuta non particolarmente urgente o grave. Lo si vede nei dati relativi alla variazione dei consumi delle famiglie nell’intervallo 2007-2014. La contrazione della spesa sanitaria (-7,3%) è molto inferiore rispetto ad alcuni specifici settori (beni durevoli e trasporti, soprattutto), ma è superiore ad altri (le spese per la ristorazione, ad esempio) (figg. 4 e 5).

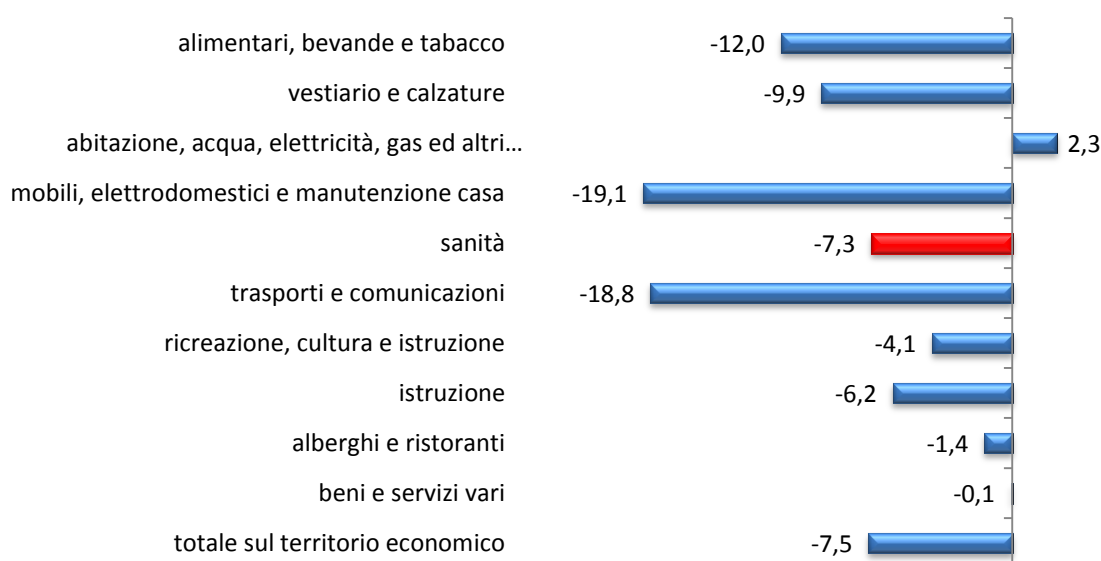
Fig. 4 - Spesa sanitaria delle famiglie, milioni di euro correnti e costanti, 1999-2014



Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Quello che è sicuramente accaduto durante la crisi, visto anche l'incremento della propensione al risparmio, è un tentativo delle famiglie di costruire personalissime piattaforme di garanzia per le tante incertezze, tra le quali il rischio salute e il rischio vecchiaia/invalidità si collocano certamente ai primi posti in graduatoria.

Fig. 5 - Variazione percentuale della spesa per consumi delle famiglie italiane in termini reali, 2007-2014

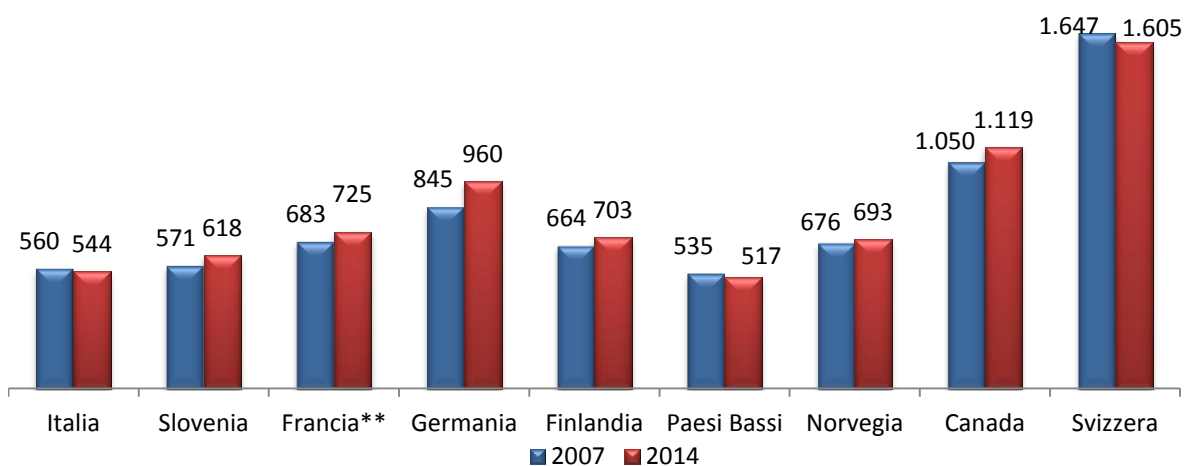


Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

D'altra parte, pur non essendo noto a tutti ed in parte in contrasto con il senso comune, in termini reali negli anni della crisi la spesa sanitaria privata è diminuita più della spesa pubblica (- 7,3% la prima, - 3,4% la seconda). Su questo si aprono molti degli interrogativi relativi alla vulnerabilità del nostro sistema di garanzia del diritto alla salute, interrogativi che, se proiettati al futuro, assumono le caratteristiche di una vera e propria inquietudine per i cittadini e devono spingere i decisori pubblici ad assumere decisioni significative. Sicuramente occorrerà trovare il modo di "iniettare" risorse nel sistema, consapevoli che l'assetto attuale è vulnerabile anche solo a fronte dei processi demografici. I valori della

spesa sanitaria privata pro-capite a parità di potere d'acquisto evidenzia una situazione italiana meno “affluente” (e in contrazione tra il 2007 e il 2014) rispetto a quella dei paesi ad alto reddito (fig.6).

Fig. 6 - Spesa sanitaria privata pro-capite, dollari Usa a parità di potere d'acquisto prezzi costanti, 2007- 2014



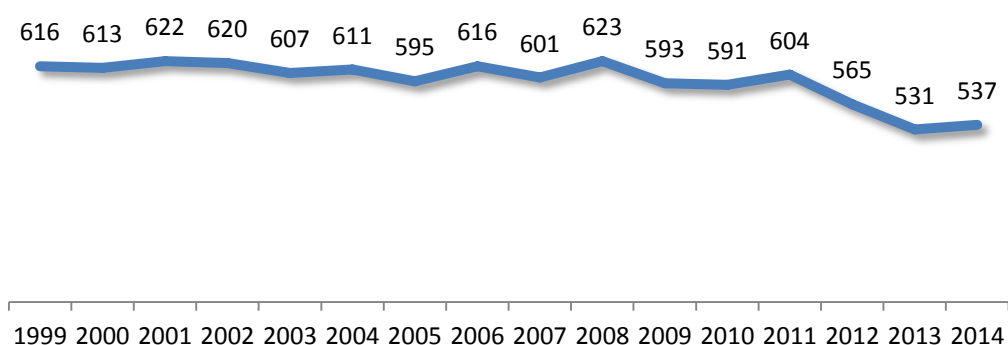
Fonte: elaborazione Censis su dati Ocse

1.3. La molecolarità impoverente della spesa privata

L’effetto depressivo sulla spesa privata derivante dalla crisi si evidenzia osservando la serie storica riportata nella figura 7. In valori pro-capite, dal 1999 la spesa oscilla intorno ai 600 euro, cresce fino a 623 euro nel 2008 per poi crollare nei cinque anni successivi. Nel Paese sta progressivamente passando l’idea che la grande macchina del sistema di protezione pubblico, inclusiva e in grado di accompagnare la crescita del Paese ricevendo da questa stessa crescita le risorse per operare, abbia perso potenza e non sia più in grado di accelerare. Diventa necessario incanalare le esigenze e le risorse familiari in meccanismi meno molecolari ed estemporanei. Questo vale per le risorse che vengono messe in campo e per le risorse inagite, posizionate in uno spazio improduttivo e difficile da mobilitare rapidamente. Il meccanismo di intermediazione delle risorse private verso sistemi e meccanismi di protezione privati cresce con lentezza, non trova

spinta vitale. In un decennio la spesa privata per la salute intermediata dalle assicurazioni sanitarie è cresciuta di meno di 5 punti percentuali e, negli anni della crisi si è sostanzialmente arrestata.

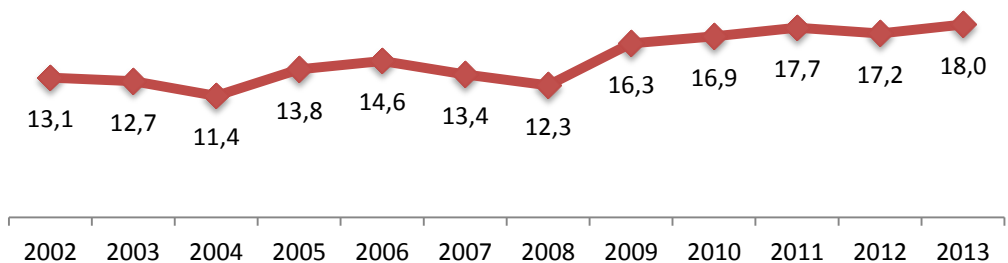
Fig. 7 - Spesa sanitaria privata pro-capite, euro costanti, 1999-2014



Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

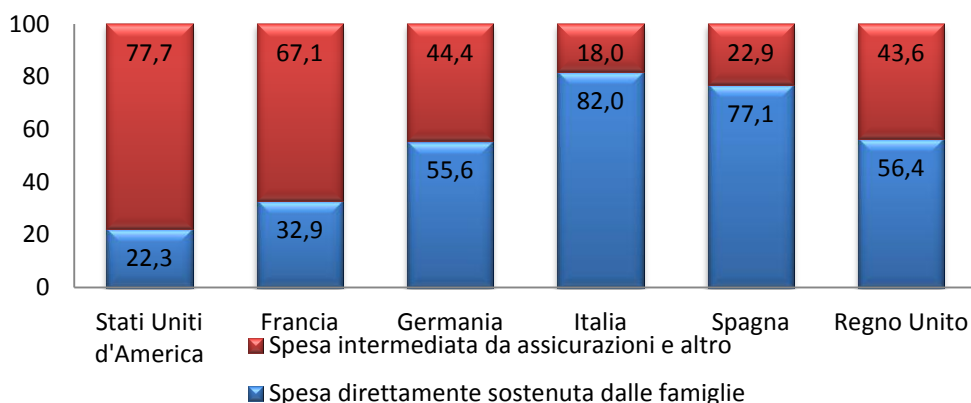
In termini reali la spesa *out of pocket* delle famiglie decresce e si attesta a circa 26,5 miliardi di euro. Questo calo, non è compensato dalla crescita della spesa intermediata che si colloca sotto i 6 miliardi di euro. Ad oggi la quota di spesa sostenuta attraverso assicurazioni od analoghi sistemi è del 18%. Questo segna la differenza non solo con i paesi dove il modello privatistico è il cuore del sistema di protezione, ma anche nei confronti dei paesi europei dove il “doppio pilastro” è il modello di riferimento (fig. 9).

Fig. 8 - Spesa sanitaria privata intermediata dalle assicurazioni sul totale della spesa sanitaria privata in Italia, 2002-2013 (val. %)



Fonte: elaborazione Censis su dati OMS

Fig. 9 - Distribuzione percentuale della spesa sanitaria privata in base alla modalità di pagamento, 2013



Fonte: elaborazione Censis su dati OMS

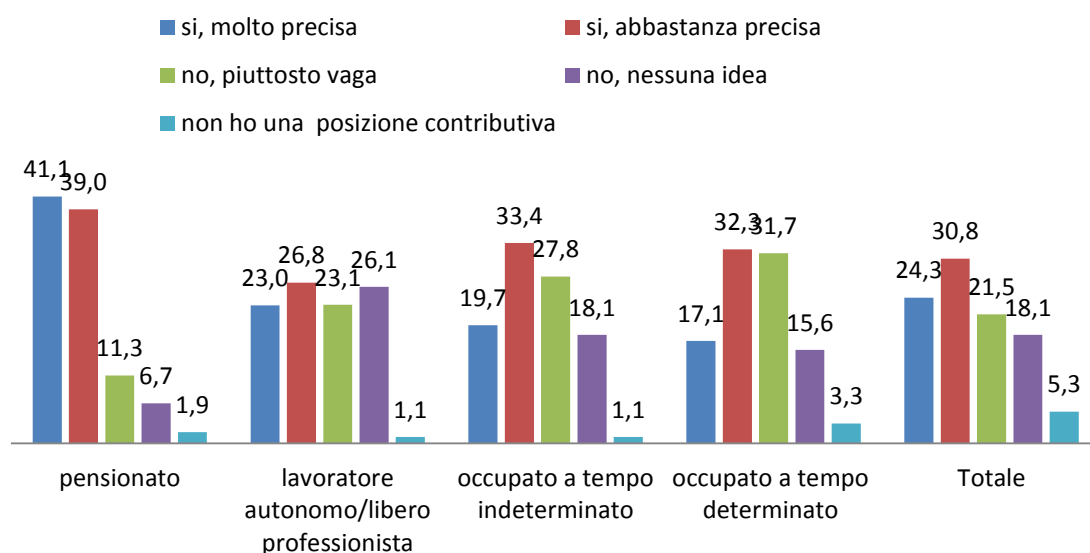
2. PREVEDERE PER PREVENIRE: UN NODO ANCORA IRRISOLTO

2.1. Il mancato decollo di una cultura previdenziale diffusa

L'Italia è storicamente un paese di grandi risparmiatori. Lo è stato quando lavoro e risparmio hanno costituito i pilastri per costruire la ripresa post-bellica, ed è tornato ad esserlo di recente, quando la crisi ha generato paure tali da suggerire ad una quota consistente di famiglie "accantonamenti di garanzia". Però è anche un paese nel quale il risparmio stenta a generare orientamenti previdenziali veri e propri. La società italiana per decenni si è quasi completamente affidata ad un welfare pubblico che si faceva carico di tutti i suoi problemi. Ad oggi solo il 24,3% degli italiani ha una conoscenza precisa della propria posizione previdenziale, con livelli abbastanza elevati solo i pensionati (41,1%), ma che crollano decisamente tra gli occupati a tempo indeterminato (19,7%) e determinato (17,1%). Nella sostanza, guardando agli occupati attuali, quasi la metà ha un'idea vaga o assente della propria posizione previdenziale (fig. 10). In questo scenario di totale incertezza ed indeterminazione – a cui certo non giova né la reiterazione delle riforme (vere e annunciate) – è certamente difficile che possa decollare un sistema solido di previdenza complementare. E questo è un problema, perché se la recente tendenza

alla crescita del risparmio di garanzia non riuscirà a trovare sbocco in strumenti di gestione in grado di garantire un vero reddito differito, le famiglie si troveranno a fronteggiare situazioni di reale disagio. Al momento attuale è quanto mai necessario introdurre elementi di chiarezza sulla previdenza pubblica e sulla sua reale possibilità di coprire le pensioni del futuro. Alla stessa stregua occorre offrire ai cittadini risposte certe e di garanzia sul secondo pilastro che, probabilmente, deve rimanere una scelta libera. Le condizioni di contesto ci sono. Occorre agire consapevolezza e responsabilizzazione da un lato, sul sistema di garanzie dall'altro.

Fig. 10 – Conoscenza della propria posizione previdenziale, per condizione professionale (val. %)



Fonte: indagine Censis, 2015

2.2. Il modello – da rivedere - dell'assistenza fai da te

Quello dell'assistenza alle persone non autosufficienti è l'altro grande problema con il quale si confrontano oggi le famiglie italiane. Da un lato per il processo di senilizzazione, dall'altro per la progressiva contrazione delle prestazioni del *welfare* pubblico, che deve farsi i conti con una domanda crescente e con i vincoli finanziari. La domanda attuale è alta e in

crescita: sono più di 3 milioni le persone che soffrono di difficoltà funzionali gravi; prevalgono le donne (67%) e naturalmente gli anziani (80%). Il 40% vive nelle regioni meridionali e il 50,1% versa in cattive condizioni economiche (tab.1). Tra queste persone, 1,4 milioni sono confinate all'interno della propria abitazione e bisognose di cure diurne e notturne.

Di fronte a ciò, sulla frontiera dell'assistenza, ancora una volta ci sono le famiglie che devono prendere in carico tutte le funzioni di assistenza dei componenti in condizioni di disagio o di disabilità conclamata. Anche in questo caso siamo di fronte ad un modello del tutto spontaneo ad elevata molecolarità basato su:

- la lentezza con cui il *welfare* pubblico progetta ed introduce meccanismi di *long term care* centrati su soluzioni diverse dall'ospedalizzazione;
- le difficoltà, in essere ormai da qualche anno, del sistema di *welfare* pubblico nel convogliare risorse aggiuntive nel settore dell'assistenza;
- la difficoltà, economica ma anche culturale, delle famiglie italiane a valutare soluzioni residenziali per persone non autosufficienti;
- la crescente spesa delle famiglie (anche in questo caso *out of pocket*) per il personale da impiegare nell'assistenza dei portatori di bisogni.

La spesa pubblica ha raggiunto il suo picco nel 2010 e da quel momento è in fase calante pur a fronte di un consistente incremento della domanda (fig. 11). In valore pro-capite si assesta intorno ai 400 euro/anno, un posizionamento in basso tra i principali paesi avanzati dell'UE, e comunque al di sotto della media (fig. 12).

Anche nel campo della non-autosufficienza c'è l'esigenza di nuovi modelli di intervento basati sull'innovazione in almeno quattro ambiti distinti:

- il ripensamento dell'assistenza residenziale, con soluzioni che rassicurino le famiglie evitando il totale "sradicamento" e il carattere istituzionalizzante delle residenze;
- la "canalizzazione" delle risorse familiari per il reclutamento del personale assistenza ai membri non autosufficienti. Queste risorse, se correttamente intermedie, potrebbero garantire alle famiglie maggiore sicurezza sulle professionalità reclutate, sostituzioni rapide in caso di bisogno, servizi aggiuntivi di diverso tipo;

- un diverso approccio alla non autosufficienza, da affrontare prima che il problema esploda. Una sorta di assicurazione contro il “rischio” vecchiaia e non autosufficienza può trovare terreno fertile. I dati dimostrano che le resistenze del passato sono oggi in parte superate e si polarizzano al più su circa un quarto circa della popolazione (fig. 13).

Tab. 2 - Persone di 6 anni e più con limitazioni funzionali e in confinamento, 2013 (val. % e v.a. in migliaia)

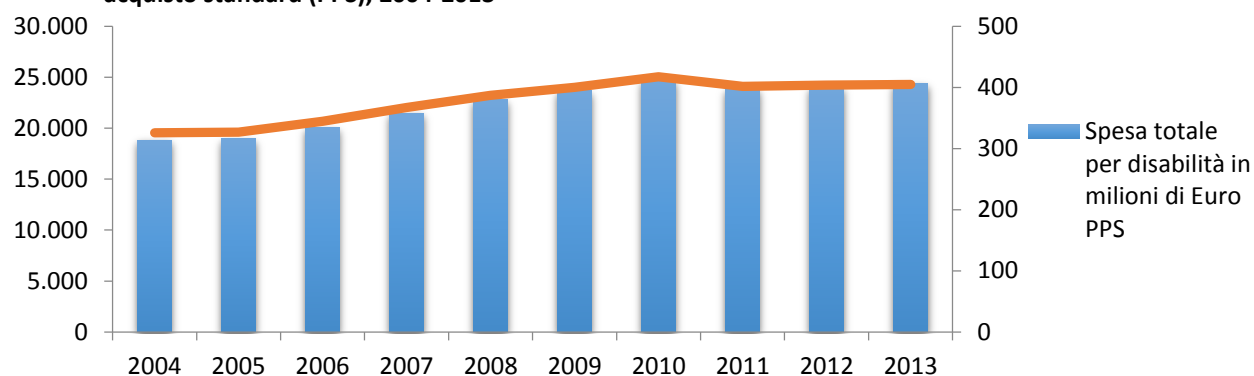
	Persone con limitazioni funzionali (1)		Confinamento (2)	
	val. %	v.a. (mgl.)	val. %	v.a. (mgl.)
Nord-Ovest	4,2	695	1,8	315
Nord-Est	4,8	556	1,9	226
Centro	5,2	625	2,4	293
Sud	6,9	860	3,3	412
Isole	7,0	430	3,1	191
Italia	5,5	3.167	2,4	1.436

(1) Persone che hanno difficoltà permanenti) nelle funzioni della vita quotidiana

(2) Persone permanente a letto, su una sedia, o nella propria abitazione per impedimenti fisici o psichici

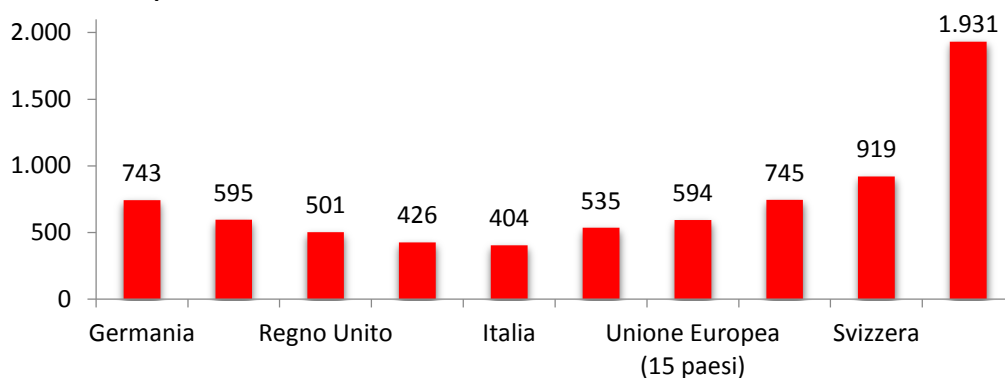
Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Fig. 11 - Spesa pubblica totale e pro-capite per disabilità in Italia a parità di potere di acquisto standard (PPS), 2004-2013



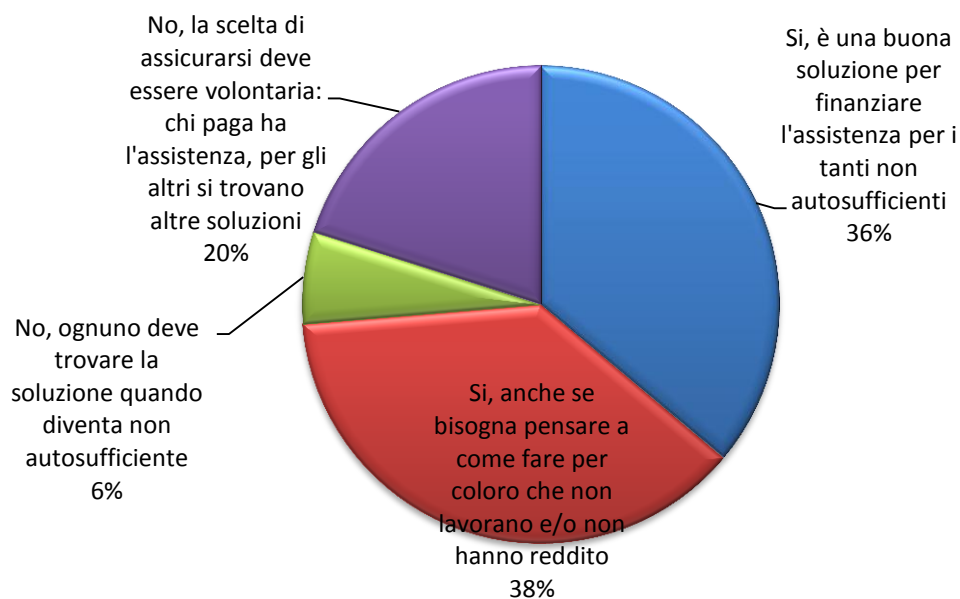
Fonte: elaborazione Censis su dati Eurostat

Fig. 12 - Spesa pubblica per sostegno alla disabilità pro-capite, euro a parità di potere d'acquisto standard, 2012



Fonte: elaborazione Censis su dati Eurostat

Fig. 13 – Opinioni in merito all'obbligatorietà di una copertura assicurativo contro il rischio non autosufficienza



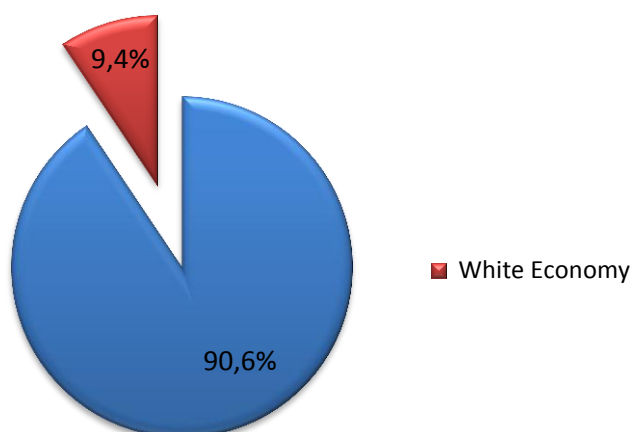
Fonte: Indagine Censis 2015

3. IL VALORE ECONOMICO E OCCUPAZIONALE DELLE ATTIVITÀ DI *WHITE ECONOMY*

3.2. Le grandezze economiche in gioco

La *White Economy* presenta un valore complessivo della produzione di circa 290 miliardi di euro equivalenti al 9,4% del totale nazionale (fig.14). La voce principale del cluster è relativa ai servizi sanitari (il 42,2% del totale), un peso sostanzialmente analogo lo svolgono la previdenza pubblica insieme alle istituzioni sanitarie (17,9%) e la produzione e commercializzazione di prodotti farmaceutici e dispositivi medici (17,7%); seguono la previdenza complementare e le assicurazioni (10,6%) il cui valore della produzione è di poco superiore a quello delle diverse forme di *personal care* (servizi di assistenza e cura alla persona) (10,4%). In ultimo, l'istruzione in campo medico e paramedico (fig. 15). L'andamento della produzione è rimasto stabile negli ultimi anni: la crescita percentuale più significativa è attribuibile al comparto della previdenza complementare e dei servizi assicurativi (+5,4%). La contrazione più significativa si rileva nel comparto degli enti di previdenza e delle istituzioni sanitarie.

Fig. 14 - Contributo della *White Economy* al valore complessivo della produzione nazionale (val. % sul totale Italia)



Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Fig. 15 - Valore della produzione dei componenti della White Economy, 2013 (milioni di euro correnti)



Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Nel confronto con altri settori produttivi emerge la dimensione di assoluto rilievo della *White Economy* che, inferiore solamente al complesso delle attività di commercio, supera di molto sia quello del settore delle costruzioni, sia quello dei trasporti (fig. 16).

Fig. 16 - Valore della produzione della "White Economy" e di altri settori economici, 2013 (milioni di euro correnti)

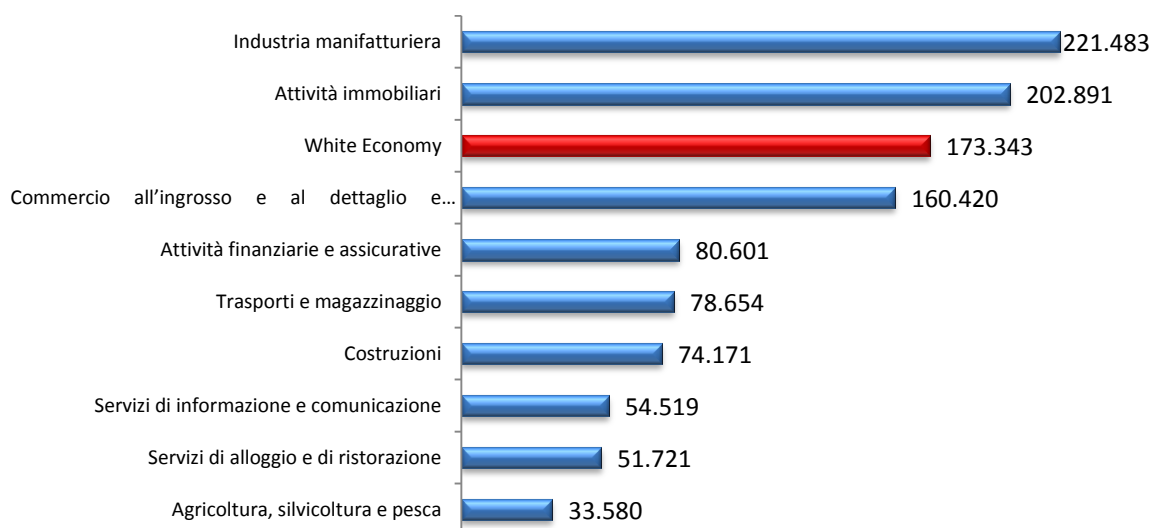


Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Anche riferendosi al valore aggiunto generato, ossia al valore dei ricavi dalla vendita di beni e servizi decurtata degli acquisti, la *White Economy* presenta valori molto interessanti. Con più di 173 miliardi di euro (10,7% del totale nazionale), si attesta infatti poco al di sotto dell'intero settore manifatturiero e del complesso delle attività immobiliari del Paese. Ancora una volta, i valori registrati sono superiori all'intero settore del commercio (fig. 17). Il valore aggiunto maggiore si genera nell'ambito dei servizi sanitari con quasi 75 miliardi di euro, al secondo posto si collocano la previdenza pubblica e le istituzioni sanitarie che sfiorano i 40 miliardi (fig. 18). Anche nel caso del valore aggiunto, non si rilevano variazioni significative tra il 2011 e il 2013, fatta eccezione per la crescita del 9,4% della previdenza complementare e delle assicurazioni relative al ramo salute.

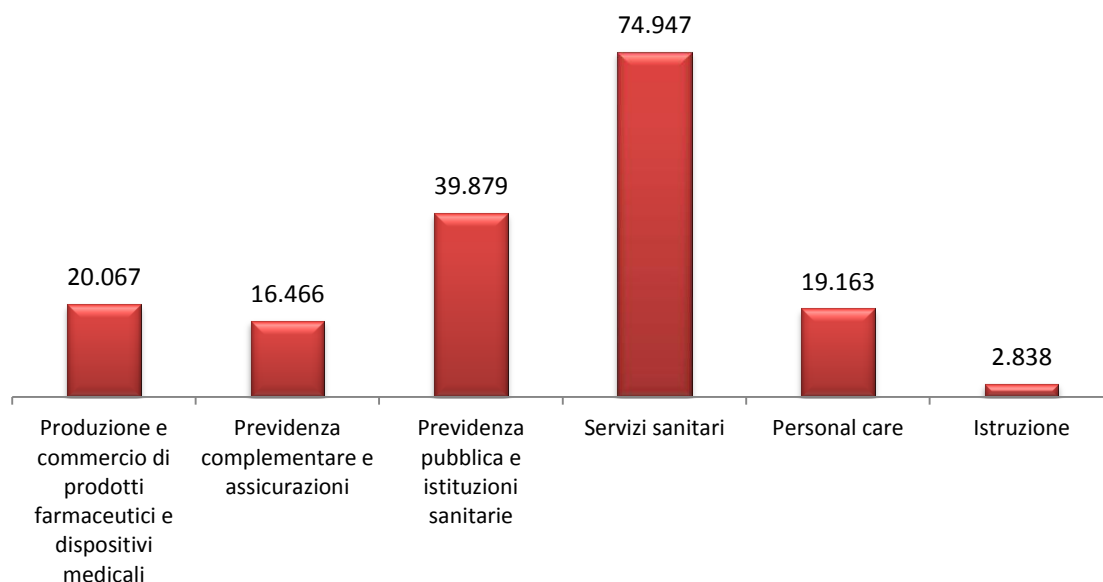
Rapportare il valore aggiunto al numero di addetti impiegati consente di mettere a confronto la produttività dell'aggregato *White Economy* con gli altri settori economici del paese. Anche in questo caso i valori sono superiori a quelli del commercio, delle costruzioni, dell'ospitalità e ristorazione, dell'agricoltura. La produttività è tuttavia inferiore a quella del settore manifatturiero, dei trasporti e delle attività finanziarie e assicurative nel loro complesso (fig.19).

Fig. 17 - Valore aggiunto della White Economy e di altri settori economici, 2013 (milioni di euro correnti)



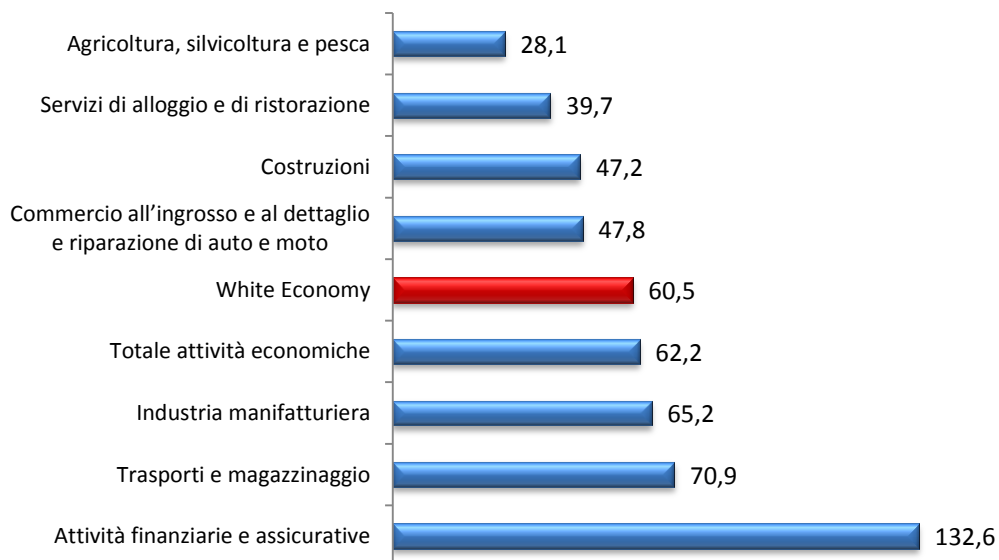
Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Fig. 18 - Valore aggiunto dei singoli componenti della *White Economy*, 2013 (milioni di euro correnti)



Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Fig.19 - Valore aggiunto per addetto della *White Economy* e di altri settori economici, 2013 (migliaia di euro correnti)



Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

3.2. L'occupazione generata nella *White Economy*

Ampia e assolutamente eterogenea è l'occupazione generata nei tanti ambiti della *White Economy*. Le unità di lavoro dirette operanti nelle diverse branche considerate sono più di 2,8 milioni. A queste occorre tuttavia aggiungere il dato relativo alle unità di lavoro a monte (cioè a quelle che vengono attivate in altre branche economiche per consentire l'attività della *White Economy*) e quelle a valle (che tuttavia si generano solo nella branca relativa alla produzione e al commercio di prodotti farmaceutici o medicali). Nel complesso, l'insieme dell'occupazione generata direttamente o indirettamente equivale a circa 3,8 milioni di Unità di lavoro (tab. 2).

Tab. 2 - Unità di lavoro annuali dirette, a monte, a valle e totali delle componenti *Della White Economy*, 2013

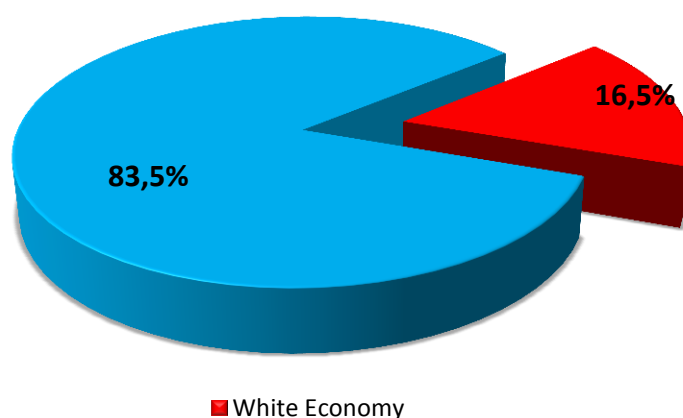
	Ula dirette	Ula a monte	Ula a valle	Ula totali
Produzione e commercio di prodotti farmaceutici e dispositivi medicali	282.444	151.641	150.334	584.419
Previdenza complementare e assicurazioni	195.067	99.246	0	294.313
Previdenza pubblica e istituzioni sanitarie	47.995	86.985	0	134.980
Servizi sanitari	1.301.700	366.457	0	1.668.157
Personal care	972.014	102.869	0	1.074.882
Istruzione	68.100	2.802	0	70.902
Totale White Economy	2.867.319	810.000	150.334	3.827.653

Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Questo dato, rapportato al totale dell'occupazione italiana, determina un'incidenza percentuale del 16,5% (fig.20). Si tratta di un dato di assoluto rilievo, superiore a quello rilevato a proposito del valore della produzione e del valore aggiunto. In questo senso, investimenti ulteriori nella *White Economy* e la sua crescita complessiva possono sicuramente essere considerati attivatori di occupazione aggiuntiva in misura

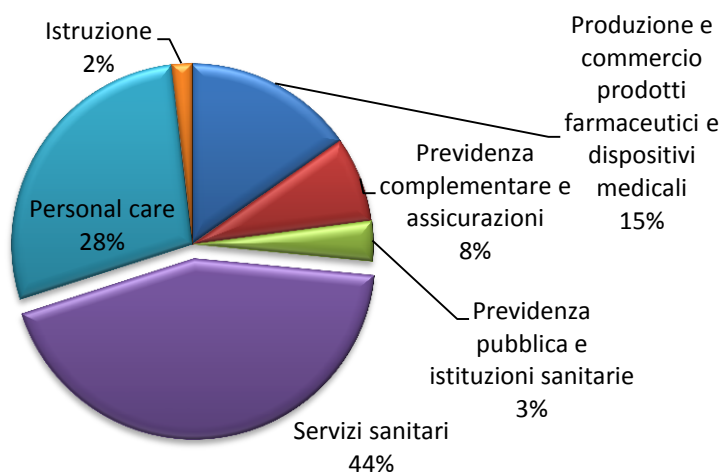
proporzionalmente superiore alla media. Si conferma il “peso” dei servizi sanitari e colpisce il dato elevato relativo al *personal care* (28% delle unità di lavoro), spiegabile per l’altissima intensità di lavoro. Molto contenuto l’apporto della previdenza pubblica e istituzioni sanitarie, soprattutto in considerazione dei valori elevati di produzione e di valore aggiunto (fig. 21).

Fig. 20 - Quota Unità di lavoro annuali totali della White Economy su Unità di lavoro annuali Italia, 2013



Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Fig. 21 - Composizione delle unità di lavoro annuali totali del cluster White Economy, 2013



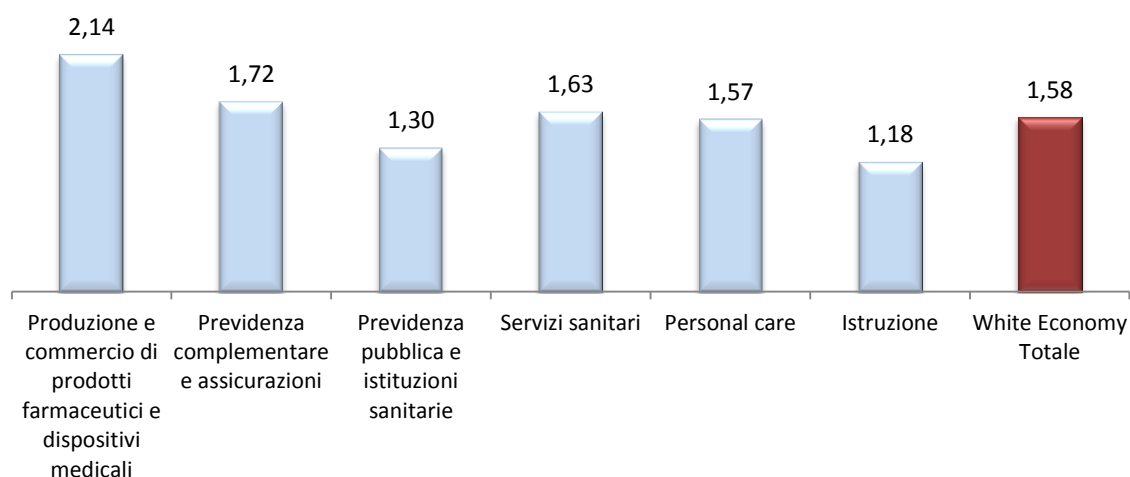
Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

3.2. L'impatto della White Economy sulle altre branche produttive

Le attività della *White Economy* generano effetti moltiplicativi "a monte e a valle". Il moltiplicatore del reddito è pari a 1,58: questo significa che 100 euro spesi nell'ambito della *White Economy* (per investimenti, per aumentare la produzione, per migliorare i servizi, ecc.), attivano 158 euro di reddito complessivo nel sistema economico nazionale (fig. 22).

I moltiplicatori settoriali sono più elevati nei comparti a prevalenza privata (farmaci, assicurazioni, previdenza) rispetto a quelli caratterizzati da attività pubbliche.

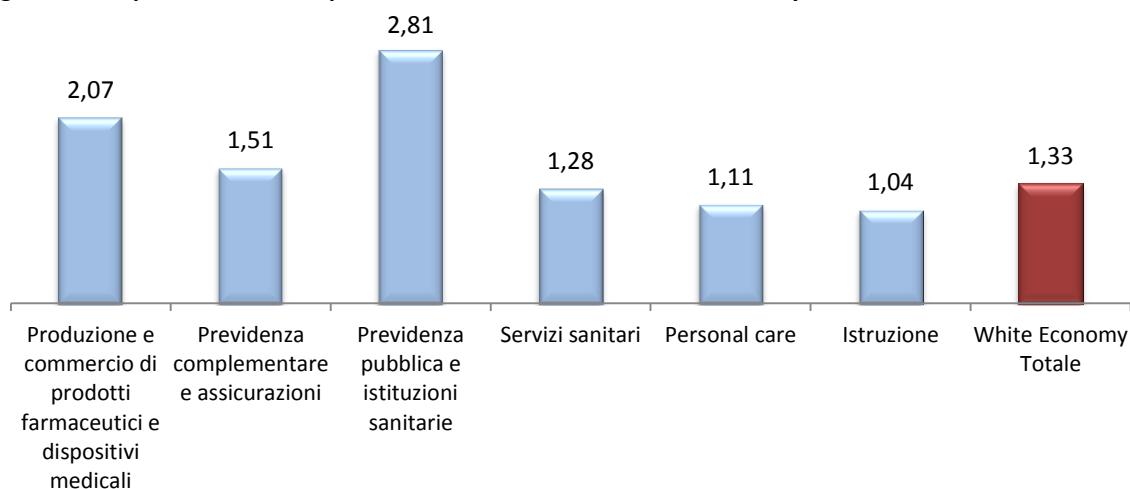
Fig. 22 - Moltiplicatori del reddito delle attività della White Economy



Fonte: elaborazione Censis su dati Istat

Analoghi ragionamenti possono essere avanzati per verificare l'impatto dell'occupazione. Nel caso della *White Economy*, si è potuto calcolare che 100 nuove unità di lavoro attivano 133 unità di lavoro in altre branche dell'economia italiana. In questo caso spicca il valore elevato del settore pubblico della previdenza e degli organismi di regolazione del sistema sanitario centrale (valore del moltiplicatore 2,81), seguiti dal settore del farmaco e dei dispositivi medici (2,07). Agli ultimi posti, come era lecito attendersi, l'istruzione e il *personal care*, attività il cui impatto si esercita su chi viene formato e assistito piuttosto che su altre branche economiche (fig. 23). I moltiplicatori così calcolati sono naturalmente misure squisitamente economiche, e prescindono dunque dall'impatto sulla salute, sulla protezione, sulla sicurezza, sul benessere in genere delle persone a cui questi beni e servizi si applicano.

Fig. 23 - Moltiplicatori dell'occupazione delle attività della White Economy



Fonte: elaborazione Censis su dati Istat