

## ENGLISH SUMMARY

### The social-demographic context: years of good health lost and the “burden” of disease

Healthcare problems linked to demographic change have been the subject of debate in Italy for some time now. Whereas less attention has been paid to the so-called “burden” of disease, which is a rather widespread exercise in other countries for the assessment of the population’s state of health.

A composite indicator of mortality and morbidity has been proposed for measuring the “burden” of disease: its name is DALY, namely disability-adjusted life year. These in turn are made up of YLDs, years lived with disability (or in bad health) and YLLs, years of life lost (due to premature mortality).

Over the years, in Italy there have been evident gains in terms of life expectancy but, simultaneously, we have observed the spreading of some diseases that have affected an increasingly large portion of the population. Analysis of the YLDs, which the paper is concentrated on, has enabled the assessment of how the health of Italians is changing not only due to ageing society, but also due to a changing epidemiological picture and inappropriate lifestyles.

The YLD, DALY and YLL data employed was that produced by Global Burden of Disease - GBD, an international consortium that engages over one-thousand researchers in 120 countries, who are coordinated by the Institute for Health Metrics and Evaluation of the University of Washington.

Investigation of the YLDs has brought to light a general picture that attests the growing importance of morbidity and comorbidity.

Most of the population observed was affected by at least one sequelae. Moreover, it is noteworthy that the YLLs decrease more quickly than the YLDs, this outlines an undeniable trend and, should one not resort to ineluctable solutions, towards a rise in the burden of the disease.

Specifically between 1990 and 2013 the percentage

change in absolute number of YLDs for all causes increase to 20.2% and the reduction in age standardised YLDs was equal to 1.3%. The selection of diseases where YLDs grow more than 50% on both sides or on only one of these demonstrates the spreading of diseases – some of which are highly disabling.

Neoplasms is a growing disease. Liver cancer due to hepatitis C stands out against the rest, registering an explosive general and standardized increase that confirms the seriousness of the disease and its greater incidence in the 50-69 age bracket, which is somewhat numerous in Italy. Even the YLDs are significant, especially for the standardized data, in endocarditis, chronic kidney disease due to glomerulonephritis, multiple sclerosis and medication overuse migraine. Conversely, for hypertensive heart diseases and Alzheimer’s, most consistent increases are in absolute terms because they involve diseases that predominantly affect the elderly population. Not all the significant data is on the rise. There is a decrease in YLDs for peptic ulcers, gastritis and duodenitis, road accidents and cirrhosis due to alcohol use. And ultimately, among the diseases that have not been selected, the following stand out: such as, for example, diabetes mellitus and inflammatory bowel diseases linked (among other things) to behavioural risk factors.

Considering the top ten leading causes of YLDs, it is highlighted the importance of musculoskeletal disorders, low back and neck pain that may be complications of the principal illnesses but also due to erroneous lifestyles, likewise to depression and anxiety. Whereas ageing society influences the figure relative to Alzheimer’s, that goes from 11<sup>th</sup> place in 1990 to the 8<sup>th</sup> place in 2013.

The importance of ageing society is confirmed, but it also reveals the emergence of a shift towards forms of disability that we might define as “light”, in any case

limiting social and working activities, that also begin to weigh upon non-elderly populations. Analysis of the standardized data has brought to light how disabilities due to musculoskeletal disorders are spreading, in addition to those inherent to neurological and mental disorders and migraine that may arise as complications to principal illnesses, but may also be related to being overweight, obesity, lack of physical activities and other behavioural risk factors.

The study compares the Italian situation with other European countries that are similar for their social-economic features. The comparison has also included, together with the analysis of YLDs levels and trends and by disease, even those regarding DALYs and risk factors. Particular attention has been paid to the significant variation of DALYs during the 2005-2013 period, compared to the 1990-2005 one.

The comparison brings to light a deterioration of Italian health. Analysis of the standardized data has shown that, apart from The Netherlands, the least consistent decrease of YLDs has been recorded precisely in Italy. Finland, Denmark, Germany and Greece are the countries in which the decrease of YLDs is most consistent.

Regarding DALYs, calculated for all causes and all age, these decreased by 6.5% between 1990 and 2005, while they increased by 6.9% between 2005 and 2013 in line with the growing ageing society phenomenon that has most probably determined a compression in the incidence of many diseases towards advanced age. In contrast, at a standardized level, there was a reduction of 20.4% and 3.9% respectively for the years between 1990-2005 and for those between 2005-2013. The data is particularly interesting because of the substantial difference between DALYs that were reduced much less in the latter interval rather than 1990-2005.

There is no doubt that over the years diagnosis and treatment skills have improved and that these were realistically more important during the first interval than during the second. In fact some diseases, such as cerebrovascular and cardiovascular ones for example, although remaining the top three causes of death, are less prominent than what they used to be. It is also plausible to attribute the increased incidence of determined infirmities, such as back and neck pain for example,

to the deterioration of lifestyles. However, during the 2005-2013 period there seems to have been a higher level of health deterioration due that recorded in previous years. The reasons remain to be investigated, but the coincidence with the economic crisis and budget rebalancing that have reduced the possibility of treatment may also be an acceptable explanation.

As top ten leading causes of DALYs, back and neck pain represent the first cause, confirming the importance of YLDs for this condition and for migraine (that ranks eighth). Data regarding Alzheimer's is influenced by the disability, but also by early mortality: YLLs for this disease have grown by 56%. Despite the reduction of YLLs for cardiovascular and cerebrovascular disease, these continue to remain amongst the top ten because, as already mentioned, they are still the leading causes of death in Italy.

The comparison with European countries shows that the DALYs figure of the total population in 2005-2013 is, for that which regards Italy, the highest recorded by all countries taken into consideration; whereas the standardized figure by age is the best during the 1990-2005 period and the worst over the following years. The first finding can be explained with the ageing society phenomenon. To this extent it is not surprising that countries younger than our own, such as Great Britain for example, record better performances both in absolute figures and in standardized ones. Should we nonetheless compare Italy to Germany, where the average age is higher than our own and where DALYs grew between 2005-2013 over the total population by 1.4% compared to 6.9% of Italians, harbouring some doubts is legitimate. This is probably due to the fact that the YLDs (standardized data) decrease less in Italy than elsewhere, but there is more likelihood for a relation with the economic crisis, budget rebalancing and their different incidence.

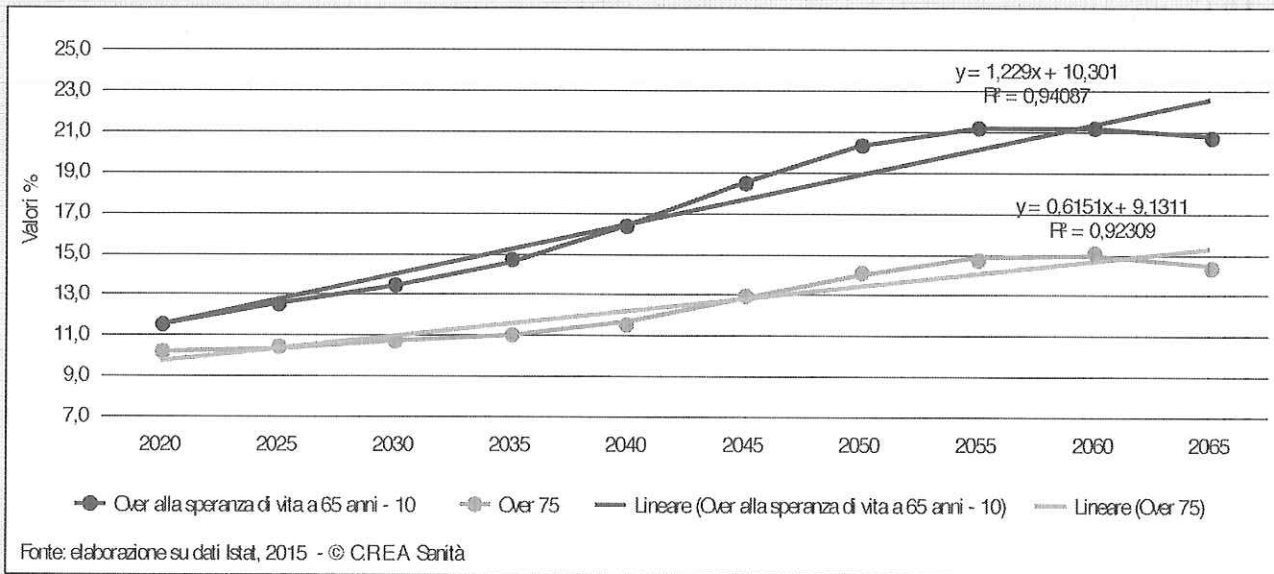
With regard to risk factors, determining nearly half of overall DALYs, the comparison between Italy and other European countries (with the sole exception of Finland) demonstrates a substantial identification between the first three risk factors, although differentiated by relevance. Hypertension is the first cause in our country, as well as in Germany, France, Sweden and Finland. In Spain overweight and obesity constitutes the first

risk factor, whereas smoking ranks first in The Netherlands, Belgium, Great Britain and Denmark while a low globular filtration rate affects us more than it does other countries.

Hence the need to intervene with more incisive prevention policies, with the aim of contributing towards

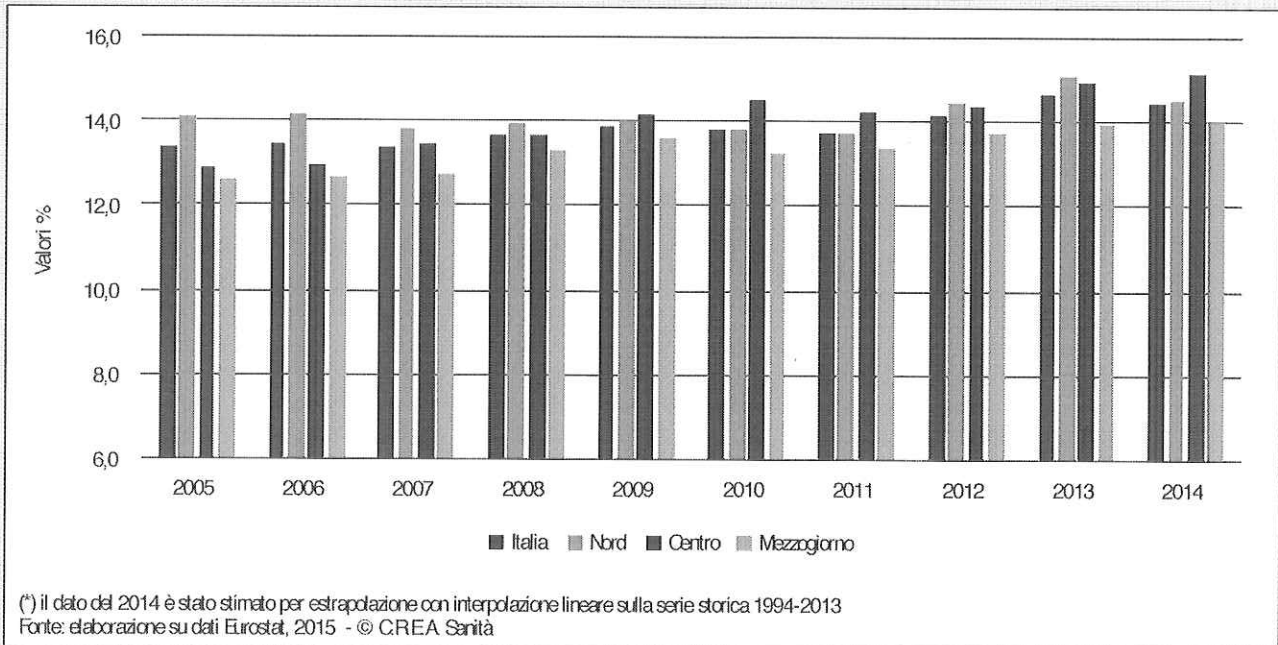
gaining years of life in good health and, at the same time, delaying the onset of chronic diseases while considering the “state of good health” as primary goal, in order to avoid negative consequences on wellbeing, individual productivity and sustainable healthcare systems.

KI 1.1. Popolazione over 75 e popolazione ad almeno 10 anni dall'aspettativa di vita a 65 anni, quota (%) sulla popolazione totale. Proiezioni 2020-2065



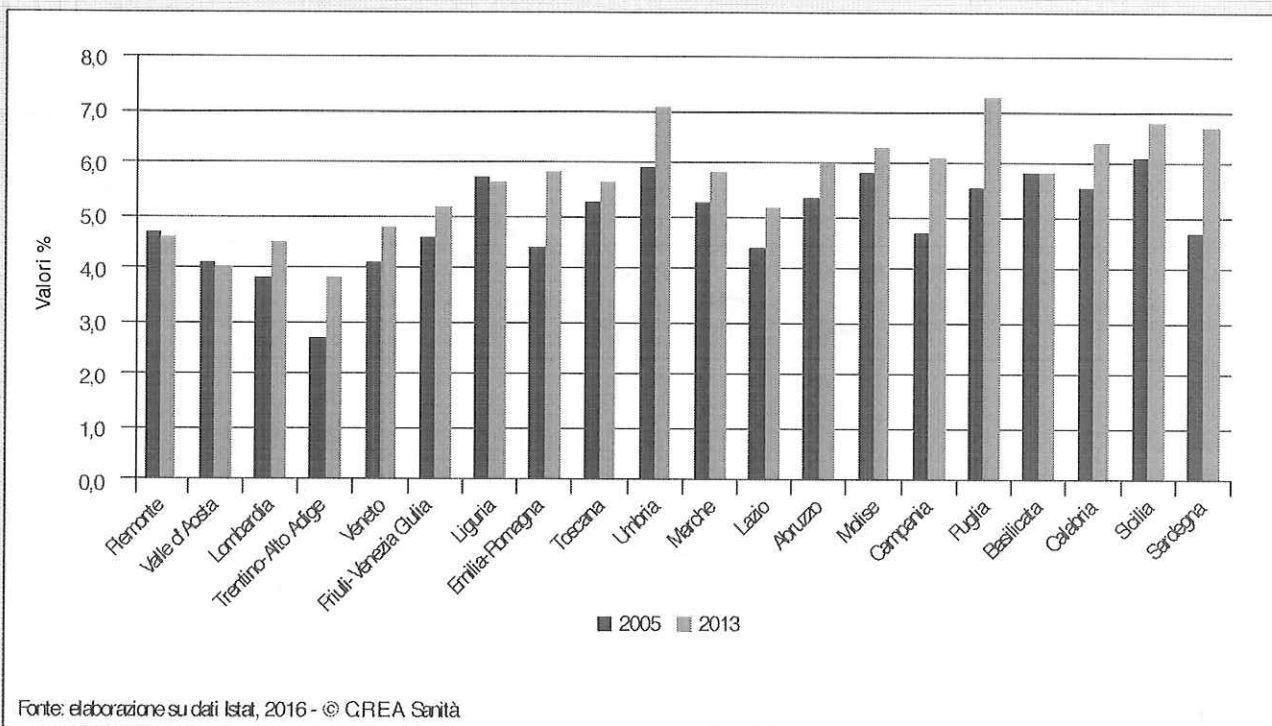
L'indicatore pone a confronto l'evoluzione nel tempo della quota di popolazione over 75 anni sulla popolazione italiana e la quota di soggetti che si trovano nel tempo entro i dieci anni dall'aspettativa di vita a 65 anni. Entrambi gli indicatori tendono a crescere nel tempo, ma la pendenza, e quindi la rapidità di crescita, tra le due distribuzioni è estremamente differente. Ipotizzando che l'insorgenza di patologie cronic-degenerative e comunque di patologie gravi si muova di pari passo con l'allungamento della aspettativa di vita, la quota di persone a forte rischio di assorbimento di risorse, convenzionalmente assunta come quella che ha meno di 10 anni di aspettativa residua di vita, evidenzia negli anni, in termini di proporzione sul totale della popolazione, un trend in crescita molto meno marcato dei soggetti over75 ("quarta età").

KI 1.2. Famiglie di anziani soli 65+. Valori %, anni 2005-2014(\*)



L'indicatore mostra nel tempo, per area geografica e per l'intero Paese, la quota % di famiglie single di età maggiore od uguale a 65 anni. Complessivamente, il trend è in crescita sia a livello nazionale che per macro area. In numeri assoluti tale indicatore corrisponde al 2014 per l'intera Italia a circa 3,8 mln. di over65 (circa il 30% del totale). Di questi il 48% vive nel Nord Italia, il 21% nel Centro ed il 31% nell'Italia Meridionale. Nei 10 anni considerati complessivamente il numero di anziani soli è aumentato di oltre 600.000 unità (+20%); rispetto alle macro aree si evidenzia un incremento più contenuto nel Nord Italia (+13%), mentre nel Centro tale incremento è molto più elevato (+33%); meno marcato ma sicuramente importante l'incremento nel Sud Italia (+22%).

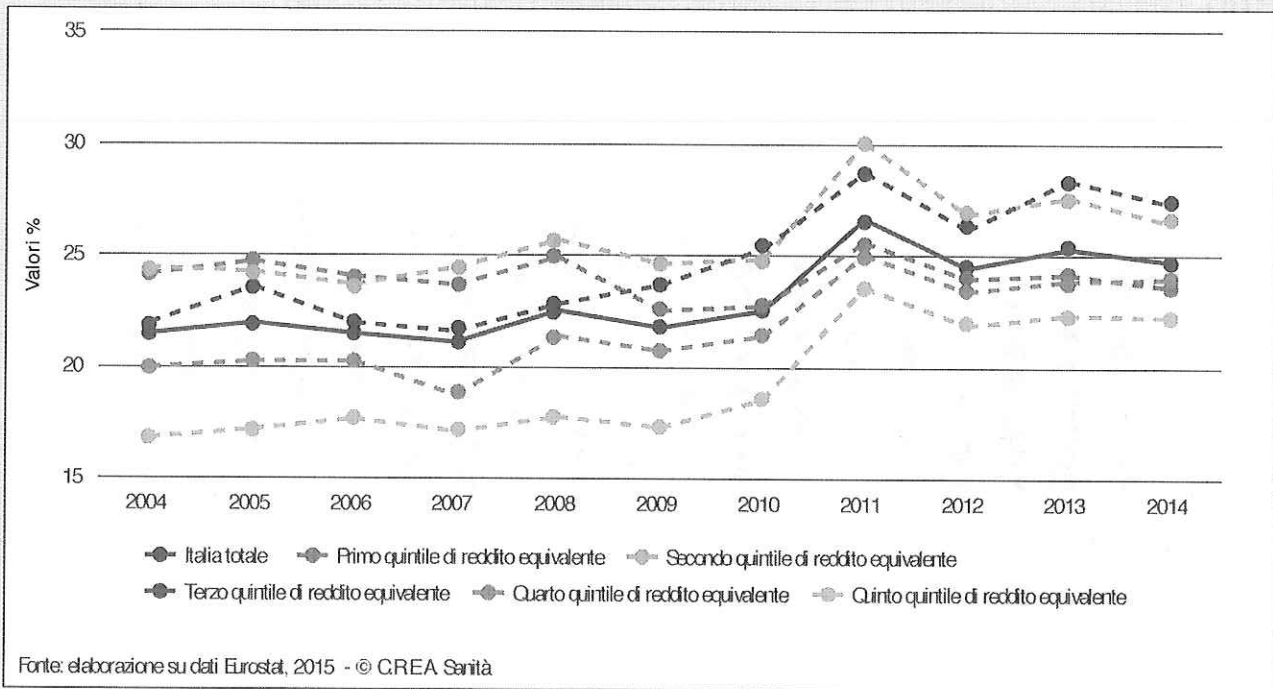
KI 1.3. Popolazione di 6 anni e più con limitazioni funzionali. Valori %, anni 2005 e 2013



Fonte: elaborazione su dati Istat, 2016 - © CREA Sanità

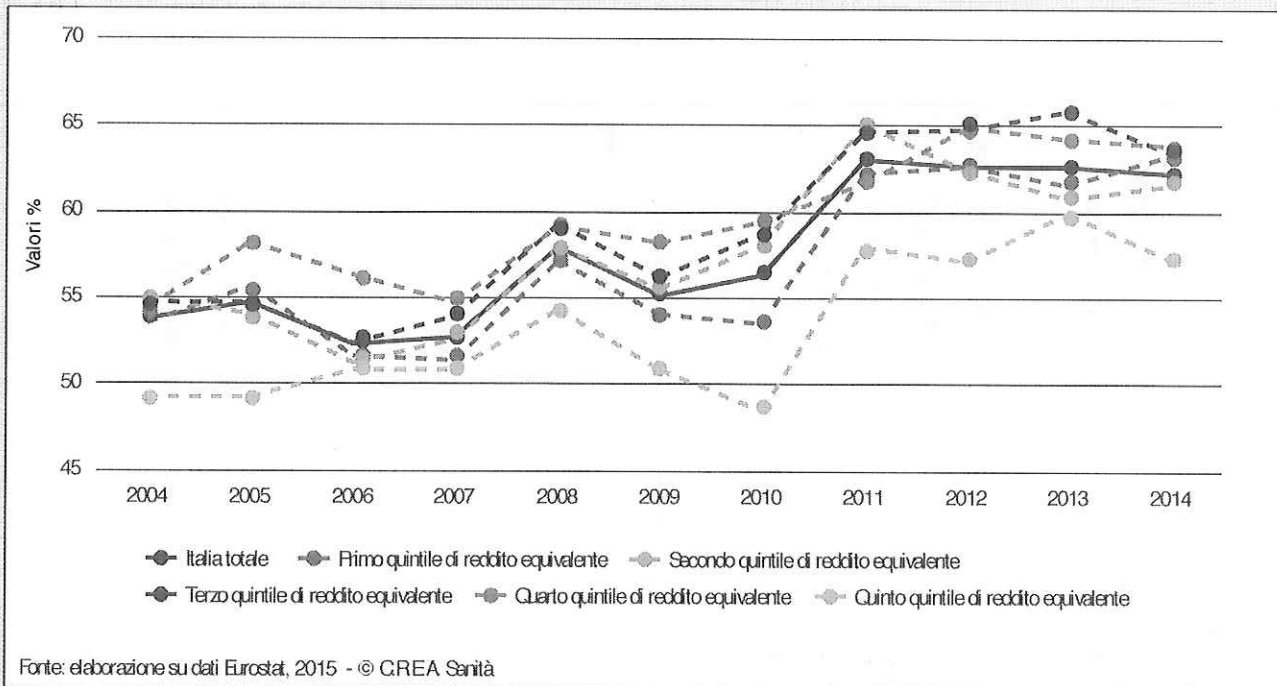
Per rilevare la presenza di limitazioni funzionali l'Istat fa riferimento ad una batteria di quesiti, utilizzata fino all'edizione del 2004-2005 per stimare la presenza di disabilità. Il cambiamento di denominazione dell'aggregato individuato mediante tale batteria, predisposta dall'OECD sulla base della classificazione ICDH del 1980 dell'OMS, è dovuto alla necessità di differenziarla con la nuova definizione di disabilità proposta dall'OMS con la classificazione ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Con questa nuova classificazione la disabilità è concepita come la risultante di un'interazione tra condizioni di salute e fattori contestuali (personali e ambientali), vale a dire che esprime una restrizione, causata da problemi di salute, nella partecipazione alle attività. La disabilità, quindi, non è più vista come una condizione della persona, ma come il risultato negativo dell'interazione tra un singolo individuo e ambiente. Nel 2013, in Italia, le persone con limitazioni funzionali sono 3.407.632, su un totale di 61.178.319. Al livello regionale, la Puglia risulta la Regione con il più alto tasso di persone con limitazioni funzionali (7,3%), seguita da Umbria (7,0%) e Sicilia (6,8%); le Regioni che invece registrano un tasso più basso di persone con limitazioni funzionali sono Trentino-Alto Adige (3,8%), Valle d'Aosta (4,0%) e Lombardia (4,5%). Considerando gli anni 2005 e 2013, la Regione che ha registrato la variazione percentuale annua più alta di persone con limitazioni funzionali è la Sardegna (+43,0%), mentre la Regione con la variazione percentuale più bassa, riducendo il numero di persone con limitazioni funzionali, è la Valle d'Aosta (-2,9%).

KI 1.4. Popolazione con patologie di lunga durata o problemi di salute per quintile di reddito. Valori %, anni 2004-2014



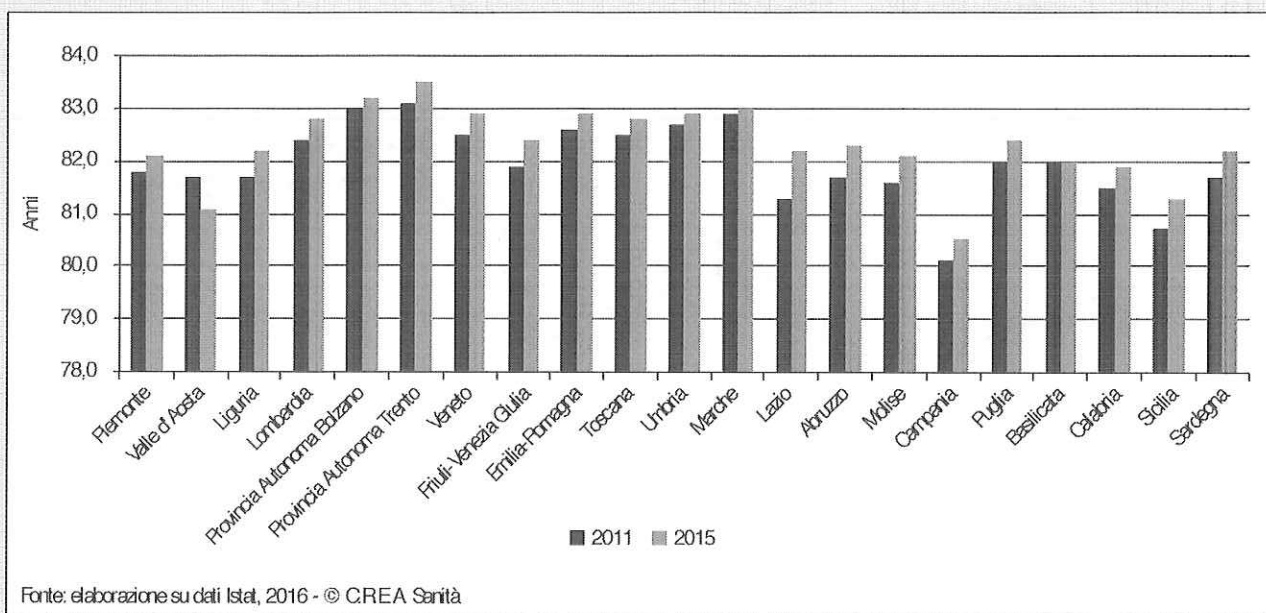
Sulla popolazione italiana, la quota di soggetti affetti da patologia di lunga durata o comunque da problemi di salute tende nel decennio ad una progressiva crescita: da un 21,5% del 2004 al 24,7% del 2014 (+3,2%). Tale dato rimane comunque tra i più bassi a livello europeo, indicando in generale un migliore stato di salute complessivo; infatti il dato aggregato disponibile per l'UE27 al 2013 è pari al 32,4% e nello stesso anno per la Germania risulta pari al 38,3%, al 36,5% per la Francia e al 32,5% per il Regno Unito. Nei diversi Paesi europei risulta però meno marcato l'incremento dell'indicatore se non in decremento: per Germania e Regno Unito (primo dato disponibile 2005) si evidenzia una variazione del +2,1% e del -4,7% rispettivamente. Stabile la Francia (+0,1% nel decennio). Più marcato è l'incremento nei Paesi maggiormente toccati dalla crisi come Spagna e Grecia, dove si rileva rispettivamente un +5,7% ed un +4,6%. Per l'Italia è evidente che buona parte dell'incremento di tale indicatore negli anni è da attribuire al progressivo invecchiamento; nel complesso a fronte di una crescita della popolazione nel decennio del 3,2% la quota di popolazione in cattivo stato di salute cresce del 23,1%. L'andamento è significativamente diversificato tra le fasce di reddito. Fino al 2009 sopra il dato nazionale si collocava la popolazione entro il terzo quintile di reddito equivalente, mentre sotto costantemente nel decennio troviamo i redditi più elevati. La quota di popolazione più povera in cattivo stato di salute si mantiene stabile (differenza 2004-2013 nulla); ciò può essere spiegato da un minor peso in questa classe di reddito delle persone anziane e molto anziane, la vita media in situazione di povertà è senza dubbio inferiore. Gli incrementi maggiori si riscontrano tra i soggetti a più alto reddito, +6,4% nel terzo quintile, +3,9% nel quarto e +5,6% nel quinto. Riportando il dato in valore assoluto sulla popolazione al 2013 il numero di soggetti con problemi di salute o affetti da malattie di lunga durata è pari a poco oltre 15 mln., 2,7 mln. in più rispetto al 2004. Di questi, per fasce di reddito, circa 3 mln. hanno un reddito inferiore al massimo del primo quintile, che per l'Italia è al 2013 pari a €9.642.000/anno, nel complesso il 20% della popolazione italiana più povera dispone del 6,9% della ricchezza nazionale. Per contro circa 2,7 mln. di soggetti in cattiva salute appartengono al 20% della popolazione più ricca (che dispone del 39,5% della ricchezza nazionale).

KI 1.5. Popolazione over75 con patologie di lunga durata o problemi di salute per quintile di reddito. Valori %, anni 2004-2014



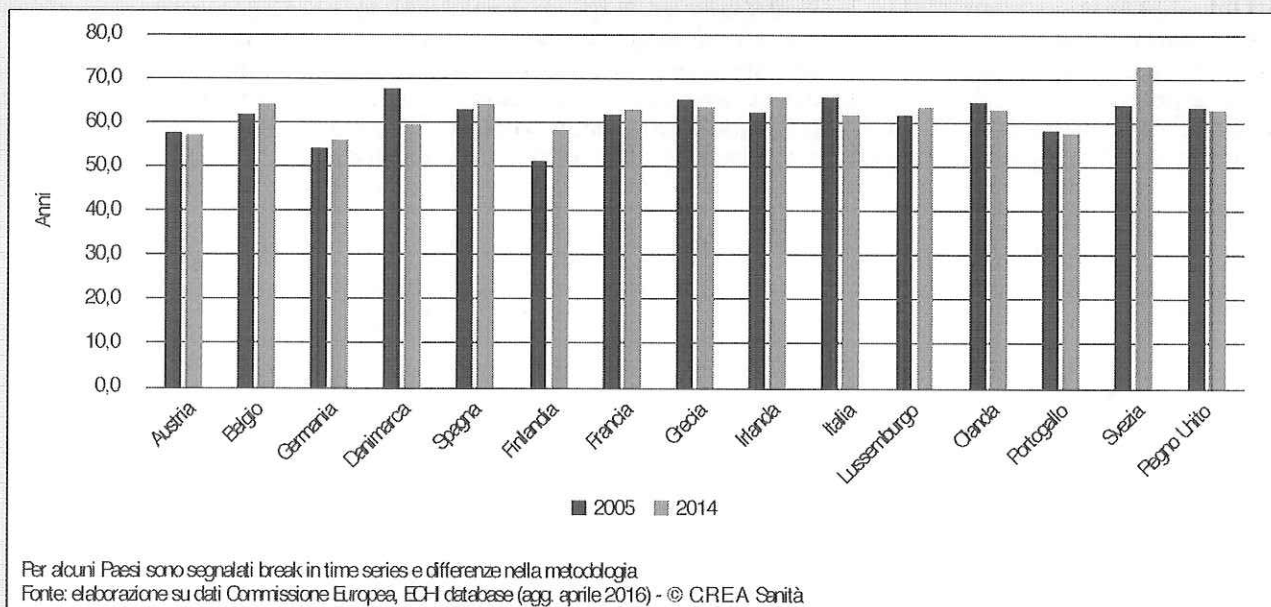
L'indicatore evidenzia la quota di popolazione over75 affetta da patologia di lunga durata o comunque da problemi di salute, sia nel complesso che per quintile di reddito. Si evidenzia nel decennio un trend in aumento: dal 53,8% del 2004 al 62,2% del 2014 (+8,4%). Tale dato rimane comunque tra i più bassi a livello europeo, indicando in generale un migliore stato di salute complessivo nel nostro Paese anche nelle classi più anziane, infatti il dato aggregato disponibile per EU27 al 2013 è pari al 67,5% e nello stesso anno sia per la Germania che per la Francia risulta pari al 68,4%, al 69,23% per il Regno Unito. Tutti i maggiori Paesi europei mostrano per questa classe di età un incremento nel decennio della quota di popolazione in cattiva salute, ad eccezione della Francia in cui si rileva un -1,1%, mentre la Germania mostra un incremento dal 2005 (primo dato disponibile) al 2013 dello 0,7%, il Regno Unito del 5,5%. L'incremento dell'indicatore che si evidenzia in Italia, pur con dati complessivamente migliori, risulta tra i più alti tra i Paesi europei a noi più simili. Incrementi di pari o maggiore intensità si rilevano anche nei due Paesi europei maggiormente toccati dalla crisi economica degli ultimi anni: la Grecia passa dal 59,7% del 2004 al 73,3% del 2013 (+13,6%) e la Spagna dal 58,1% del 2004 al 67,7% del 2013 (+9,6%). Per quanto riguarda l'Italia in tutte le fasce di reddito si evidenzia una crescita dell'indicatore nel tempo, più accentuata nelle fasce a reddito più elevato, intorno al +10% rispetto alle fasce a reddito inferiore. Indipendentemente dal reddito, la quota di soggetti in cattiva salute tende nel tempo a convergere sul dato nazionale. In valore assoluto sono poco meno di 4 mln. i soggetti, pari al 26% del totale della popolazione italiana, in cattivo stato di salute. La differenza in valore assoluto tra 2004 e 2014 in questa fascia di età è pari a circa 1.240.000 soggetti in più (45% dell'incremento complessivo nazionale). Nel decennio la quota di over 75 si incrementa del 25% mentre la quota di soggetti in cattiva salute cresce in proporzione molto di più (+45,7%).

KI 1.6. Speranza di vita alla nascita, anni 2011 e 2015



L'indicatore speranza di vita esprime il numero medio di anni che restano da vivere ai sopravvissuti ad una certa data, in questo caso alla nascita. Nel 2011, la Regione che registra una speranza di vita alla nascita più alta è la Provincia Autonoma di Trento (83,1 anni), seguita dalla Provincia Autonoma di Bolzano (83 anni) e dalle Marche (82,9 anni). Mentre le Regioni che registrano una speranza di vita alla nascita più bassa sono: Lazio (81,3), Sicilia (80,7) e Campania (80,1). Nel 2015 la situazione non cambia, in quanto le prime tre Regioni con speranza di vita alla nascita più alta sono le stesse del 2011: PA Trento (83,5), PA Bolzano (83,2) e Marche (83). Le Regioni che invece registrano una speranza di vita alla nascita più bassa sono Sicilia (81,3), Valle d'Aosta (81,1) e Campania (80,5) che conferma il dato del 2011. Considerando gli anni 2011 e 2015, in Italia, si registra un miglioramento della speranza di vita alla nascita. In particolare, la Regione che presenta la più alta variazione percentuale annua di tale indicatore è il Lazio (+1,1%), mentre quella con una variazione percentuale in diminuzione della speranza di vita alla nascita è la Valle d'Aosta (-0,7%).

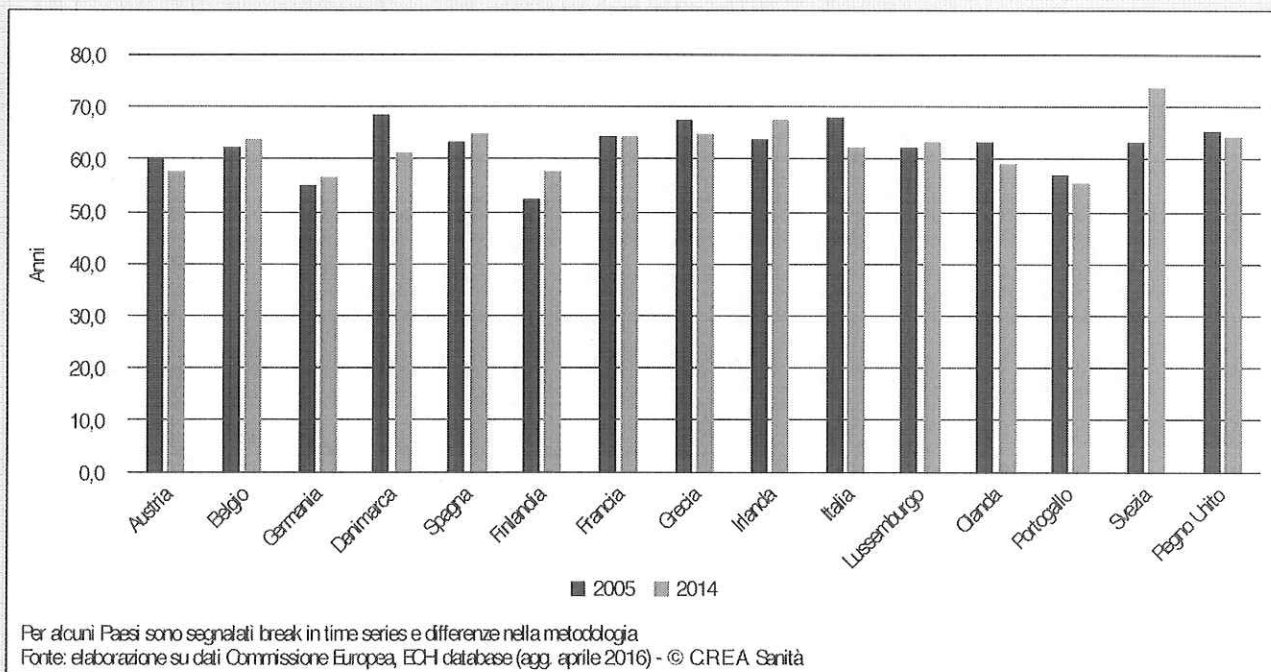
KI 1.7. Anni di vita in buona salute, aspettativa alla nascita in EU 15. Maschi, anni 2005 e 2014



Gli anni di vita in buona salute (o "speranza di vita senza disabilità") sono gli anni che una persona può sperare di vivere senza malattie invalidanti. Questo indicatore figura tra i principali indicatori strutturali europei. In base ai dati forniti dalla Commissione Europea per i Paesi EU15, considerando l'aspettativa alla nascita di anni di vita in buona salute tra i maschi, nel 2014 il primato spetta alla Svezia (73,6 anni, contro i 64,5 del 2005). Fanalino di coda la Germania, con una aspettativa maschile alla nascita di vivere 56,4 anni in buona salute (54,5 nel 2005). In Italia ci si ferma ad un valore di 62,5 anni, in calo rispetto al 2005 (quando gli anni erano 66,6). Si evidenziano il calo del -11,8% della Danimarca e l'aumento del +14,1% della Svezia.

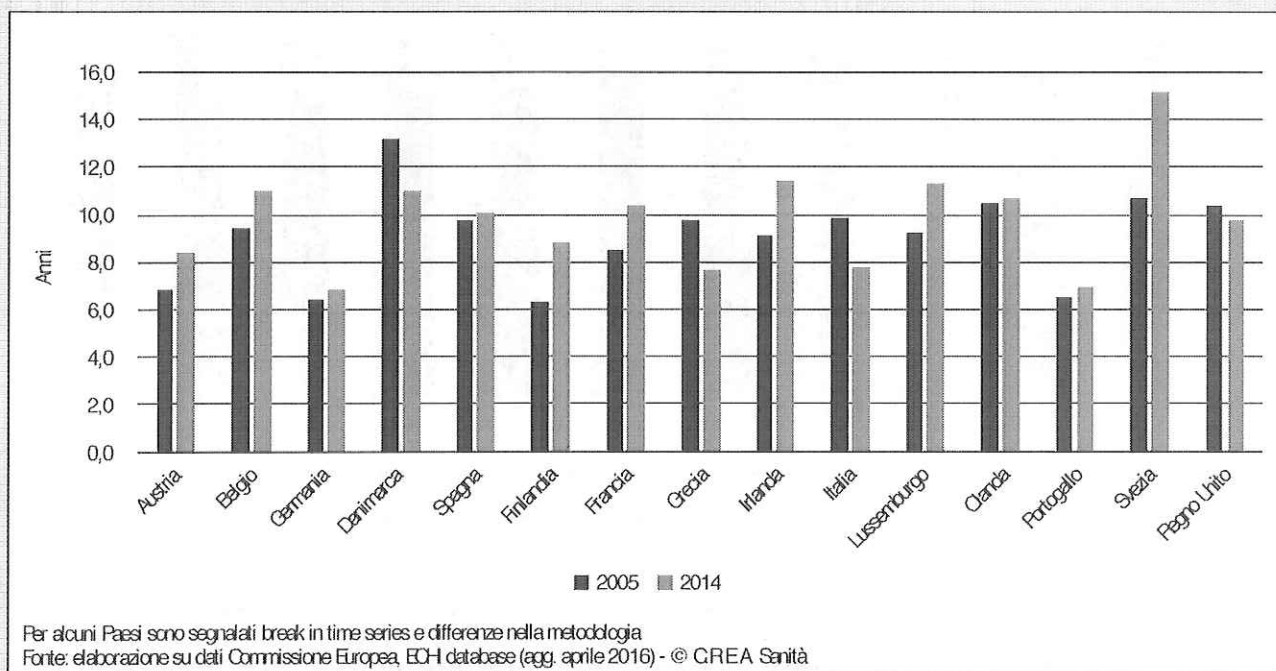


KI 1.8. Anni di vita in buona salute, aspettativa alla nascita in EU 15. Femmine, anni 2005 e 2014



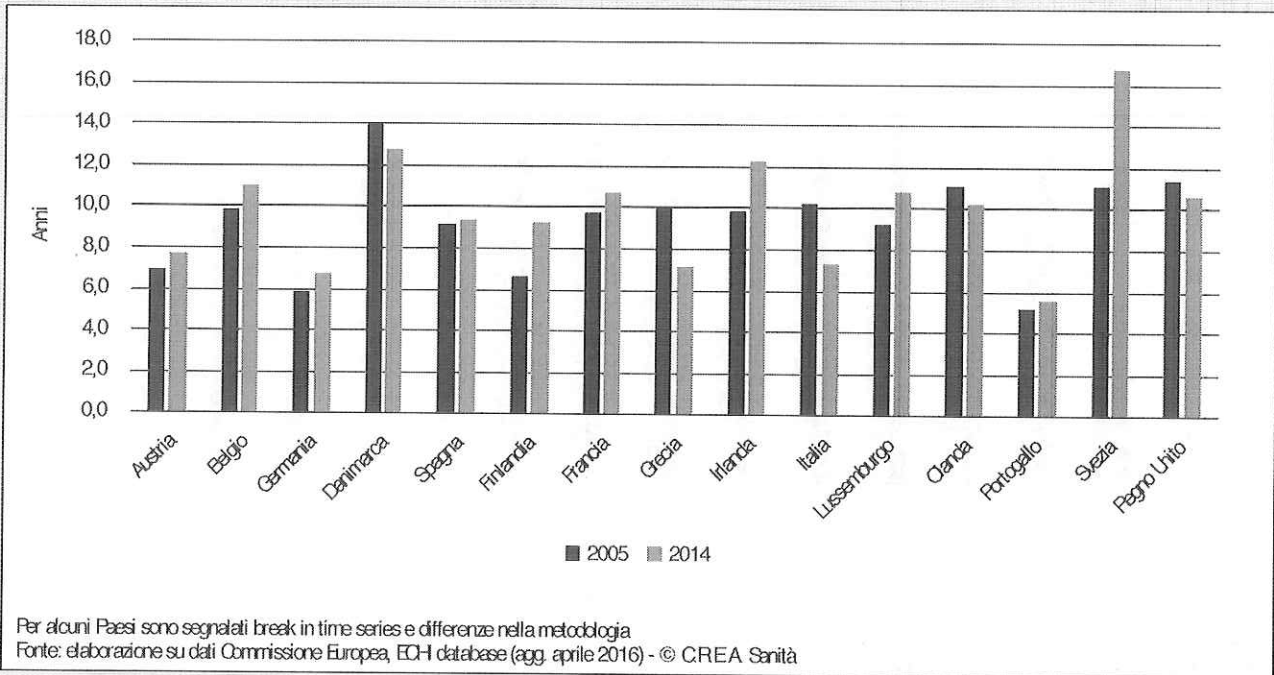
Gli anni di vita in buona salute (o "speranza di vita senza disabilità") sono gli anni che una persona può sperare di vivere senza malattie invalidanti. In base ai dati forniti dalla Commissione Europea per i Paesi EU15, considerando l'aspettativa alla nascita di anni di vita in buona salute tra le femmine, nel 2014 il primato spetta alla Svezia (73,6 anni, contro i 63,2 del 2005). Fanalino di coda la Germania, con una aspettativa femminile alla nascita di vivere 56,5 anni in buona salute (54,8 nel 2005). In Italia ci si ferma ad un valore di 62,3 anni, in calo rispetto al 2005 (quando gli anni erano 67,8). Si evidenziano il calo del -10,2% della Danimarca e l'aumento del +16,5% della Svezia.

KI 1.9. Anni di vita in buona salute, aspettativa a 65 anni in EU 15. Maschi, anni 2005 e 2014



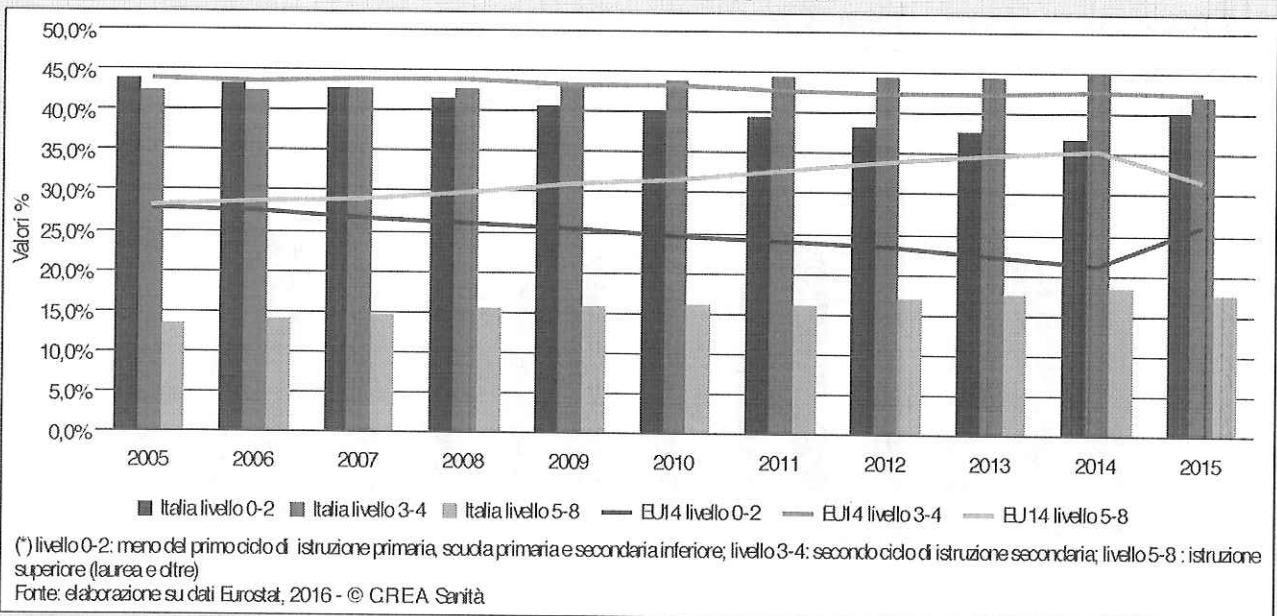
Gli anni di vita in buona salute (o "speranza di vita senza disabilità") sono gli anni che una persona può sperare di vivere senza malattie invalidanti. In base ai dati forniti dalla Commissione Europea per i Paesi EU15, considerando l'aspettativa a 65 anni di anni di vita in buona salute tra i maschi, nel 2014 il primato spetta alla Svezia (15,2 anni, contro i 10,7 del 2005). Fanalino di coda la Germania, con una aspettativa maschile a 65 anni di vivere 6,8 anni in buona salute (6,4 nel 2005). In Italia ci si ferma ad un valore di 7,8 anni, in calo rispetto al 2005 (quando gli anni erano 9,9). Si evidenziano il calo del -21,2% dell'Italia e l'aumento del +42,1% della Svezia.

KI 1.10. Anni di vita in buona salute, aspettativa a 65 anni in EU 15. Femmine, anni 2005 e 2014



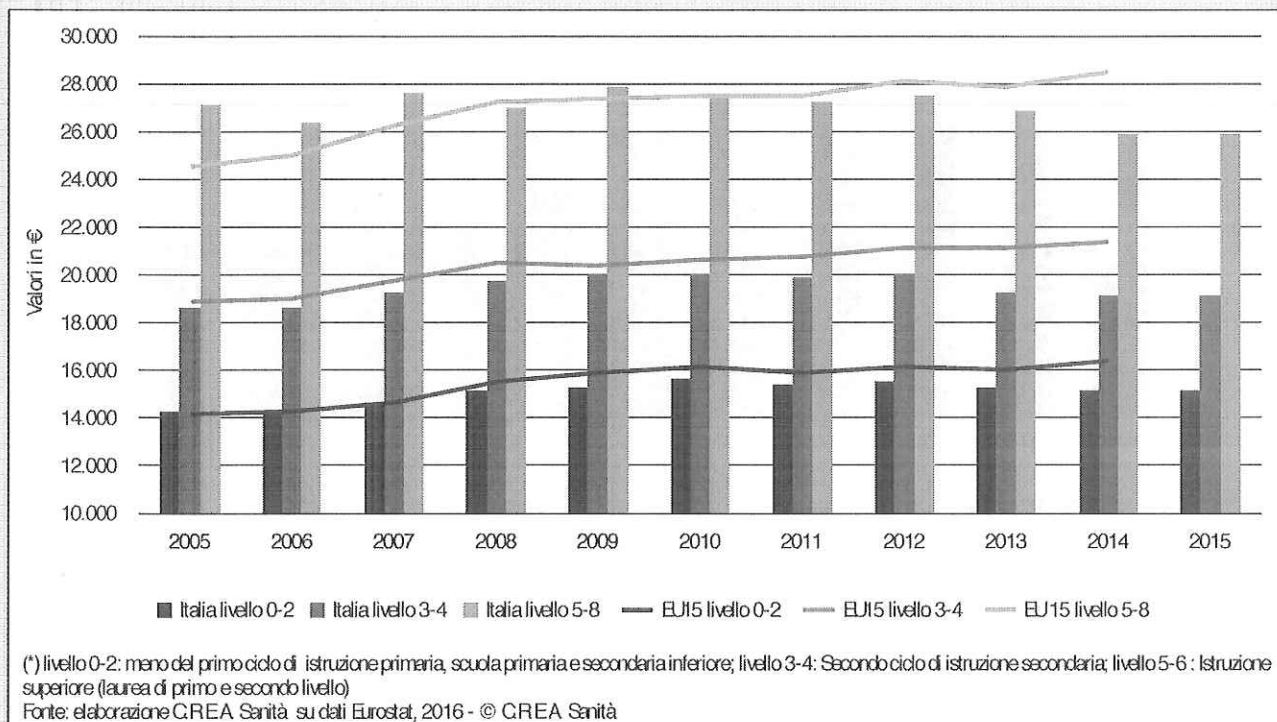
Gli anni di vita in buona salute (o "speranza di vita senza disabilità") sono gli anni che una persona può sperare di vivere senza malattie invalidanti. In base ai dati forniti dalla Commissione Europea per i Paesi EU15, considerando l'aspettativa a 65 anni di anni di vita in buona salute tra le persone di genere femminile, nel 2014 il primato spetta alla Svezia (16,7 anni, contro i 11,1 del 2005). Fanalino di coda il Portogallo, con una aspettativa delle femmine a 65 anni di vivere 5,6 anni in buona salute (5,2 nel 2005). In Italia ci si ferma ad un valore di 7,3 anni, in calo rispetto al 2005 (quando gli anni erano 10,2). Si evidenziano il calo del -29,0% in Grecia e l'aumento del +50,5% della Svezia.

KI 1.11. Popolazione 25-54 anni, composizione (%) per livello di studio raggiunto (\*). Italia vs EU14, anni 2005-2015



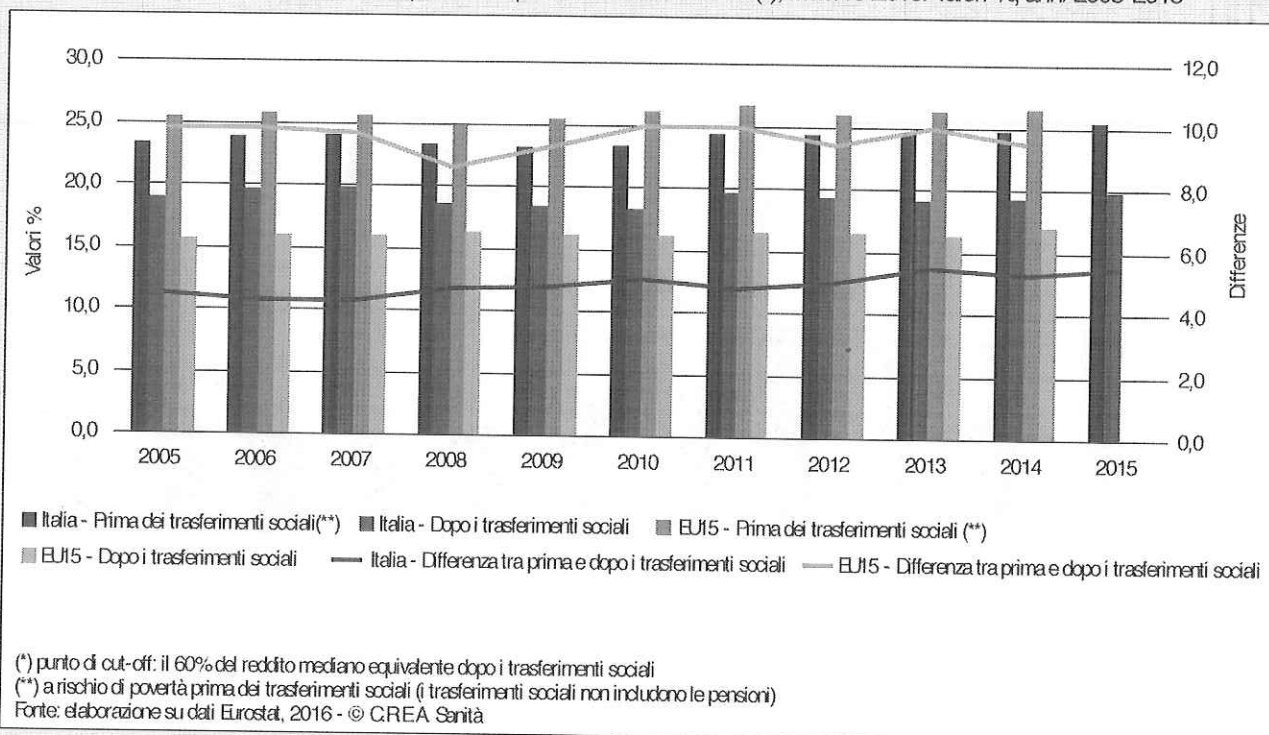
L'indicatore rappresenta la composizione % della popolazione in età 25-54 anni per livello di istruzione raggiunto, Italia vs EU14: è evidente il gap rispetto ai due livelli estremi di educazione (livello 0-2 e livello 5-8), mentre è sovrapponibile la quota di popolazione con istruzione secondaria superiore. Rispetto alla quota di popolazione a più bassa scolarità, la differenza tra dato italiano ed europeo tende nel decennio a diminuire (+16,2% nel 2005 vs +14% nel 2014), permanendo comunque sempre estremamente elevato (circa il 40% della popolazione italiana tra 25 e 54 anni ha una scolarità nulla o estremamente bassa). Si evidenzia comunque negli anni un decremento, se pur di poco, più rapido per questa categoria in Italia rispetto ad EU14 (-3,9% vs -1,7%). Per i gradi più elevati di istruzione (laurea e oltre) il dato italiano, se pur in lieve crescita, si mantiene costantemente nel decennio pari a circa la metà del dato EU14 (13,4% vs 28,1% nel 2005 e 17,6% vs 31,5% nel 2015). Per questa categoria il dato europeo cresce nel decennio considerato del +3,4% contro un +4,2% dell'Italia.

KI 1.12. Reddito medio per livello di istruzione(\*) (18 anni e +). Valori in €, Italia vs EU15, anni 2005-2015



L'indicatore rappresenta il reddito medio per livello di istruzione raggiunto, Italia vs EU15, dal 2005 al 2015 (per il 2015 non ci sono dati EU). Fino al 2008 il dato italiano relativo al livello più basso di istruzione risulta sovrapponibile al valore medio EU15, leggermente inferiore il reddito medio per i livelli di istruzione intermedia (da -€216 nel 2005 a -€643 nel 2008). Per i soggetti con un livello di istruzione universitario il reddito medio italiano risulta superiore a quello EU15 fino al 2010, sia pur con un trend in decremento, con una differenza di +€2.624 nel 2005 fino a +36 nel 2010. A partire dal 2011 il gap tra Italia ed EU15 si incrementa sensibilmente soprattutto per i livelli intermedi e superiori di istruzione: al 2013 si rileva un -€1.769 per i diplomati ed un -€984 per i laureati, la differenza di reddito mediano per i livelli più bassi di istruzione risulta al 2013 di -€796. Per il 2014 si rileva un -€2.173 per i diplomati e un -€2.545 per i laureati. Per i livelli più bassi di istruzione, la differenza nel 2014 è pari a -€1.144. Le variazioni % tra il 2005 e il 2014 sono pari a: per bassi livelli di istruzione +15,4% in EU15 e +7,0% in Italia; per i diplomati +13,1% per EU15 e +2,8% in Italia; per i laureati, +16,0% in EU15 e -4,6% nel nostro Paese.

KI 1.13. Popolazione a rischio di povertà prima e dopo i trasferimenti sociali(\*), Italia vs EU15. Valori %, anni 2005-2015



L'indicatore mostra la quota di soggetti a rischio di povertà sulla popolazione italiana rispetto al dato EU15, prima e dopo i trasferimenti sociali (in cui non sono ricomprese le pensioni). La soglia di reddito pro-capite sotto la quale si individua il rischio di povertà è pari al 60% del reddito mediano equivalente dopo i trasferimenti sociali. Il dato italiano si mantiene, prima dei trasferimenti sociali, costantemente più basso (tra il 23,4% del 2005 e il 25,4% del 2015) di quello EU15 (tra il 25,5% nel 2005 ed il 26,5% nel 2014). Entrambi mostrano una tendenza ad incrementarsi nel tempo. La differenza tra Italia ed EU15, costantemente intorno al 2% negli anni, è probabilmente segno di una migliore e più consistente copertura del sistema pensionistico italiano, non essendo le pensioni ricomprese nei trasferimenti sociali. Il segno si inverte invece quando si confronta la quota di popolazione a rischio di povertà dopo i trasferimenti sociali. Il dato italiano rimane costantemente tra il 18,2% ed il 19,9% contro un valore di EU15 tra il 15,7% ed il 17,0%. La quota di popolazione italiana, che dopo i trasferimenti sociali passa da sotto a sopra la soglia di rischio di povertà, non supera nel decennio il 5,5% contro una quota del 10,0% in EU15 (rette sul secondo asse verticale).