

MALATTIE FISICHE E MENTALI ASSOCIATE AL SUICIDIO: UN'ANALISI SULLE CAUSE MULTIPLE DI MORTE

■ L'Istat presenta, per la prima volta, un'analisi descrittiva della comorbidità associata al suicidio. Obiettivo dell'approfondimento è quello di fornire una misura quantitativa dei decessi per suicidio con presenza di una malattia importante. La fonte informativa delle analisi è rappresentata dalle certificazioni di morte raccolte annualmente dall'Istat.

■ I risultati documentano, in una parte non trascurabile di casi, un cattivo stato fisico o psichico che potrebbe aver influenzato la scelta di suicidarsi; tuttavia, le associazioni riscontrate non possono essere tout-court interpretate come una misura diretta della relazione causale tra presenza della malattia e gesto del suicidio.

■ In Italia, dal 2011, l'informazione sui suicidi, coerentemente con gli indirizzi internazionali si basa sui dati provenienti dall'Indagine sui decessi e le cause di morte. Tale fonte, sottoposta al Regolamento Europeo per le Statistiche sulla salute pubblica, è esaustiva, accurata e armonizzata.

■ Per i decessi da cause violente, sempre dal 2011, è disponibile anche la morbosità associata, ovvero l'informazione derivante dalla certificazione da parte del medico della presenza di malattie o stati morbosi che si ritiene abbiano avuto un ruolo nel determinare l'evento fatale.

■ Lo studio prende in esame tutti i casi di suicidio nel triennio 2011-2013. Per ciascun certificato di morte sono state individuate le entità morbose che forniscono indicazione della presenza di una malattia importante (fisica o mentale). Nel periodo considerato si sono registrati 12.877 suicidi (2.812 donne e 10.065 uomini).

■ Circa 1 caso di suicidio su 5 presenta una morbosità associata rilevante (2.401 decessi).

■ La frequenza di stati morbosi rilevanti è più alta al crescere dell'età e nelle donne (la proporzione di suicidi con morbosità associata è del 27% nelle donne e del 16% negli uomini).

■ In 737 suicidi è certificata la presenza di malattie fisiche rilevanti. Tra questi, 288 presentano anche una malattia mentale (principalmente depressione). In 1.664 casi si segnala la presenza di sole malattie mentali (principalmente depressione e ansia).

■ Nelle donne è maggiore la proporzione dei suicidi con menzione di malattie mentali specialmente nelle classi di età 35-64 anni (23% rispetto al 12% degli uomini) e in quella 65 ed oltre (20% contro il 10%).

■ Minori differenze di genere si osservano nel caso delle malattie fisiche, che si presentano con una proporzione simile per maschi e femmine fino ai 65 anni, mentre tra gli ultrasessantacinquenni risulta leggermente più alta tra gli uomini (12% contro 10%).

■ Circa la metà dei suicidi avviene in casa. Tale quota risulta più elevata (57%) nel caso di suicidio associato ad una malattia mentale. Il 30% dei suicidi in presenza di malattie fisiche avviene in istituti di cura.

■ La proporzione di suicidi con stati morbosi rilevanti è maggiore nelle aree del Nord e del Centro del Paese.

■ Rispetto ai suicidi con malattie mentali, in presenza di una malattia fisica sono più frequenti i casi di auto-avvelenamento, di utilizzo di armi da fuoco o di oggetti appuntiti. Nel caso di una malattia mentale è maggiore la propensione all'utilizzo di metodi che provocano asfissie traumatiche (impiccamento, strangolamento, soffocamento o annegamento).

FIGURA 1. SUICIDIO E STATI MORBOSI RILEVANTI
Triennio 2011-2013



Premessa

Con questo approfondimento si intende fornire un contributo informativo sulla tematica delle scelte di fine vita. Obiettivo è quello di fornire dati sui decessi per suicidio con presenza di una malattia importante attraverso un'analisi delle certificazioni di morte raccolte annualmente dall'Istat.

Dal 2010 l'Istat ha sospeso la rilevazione sui suicidi e i tentativi di suicidio basata sulle informazioni trasmesse dalle forze dell'ordine contestualmente alla comunicazione all'Autorità giudiziaria, perché non rispondeva adeguatamente agli standard di qualità della statistica ufficiale in ordine ai criteri di pertinenza, accuratezza, attendibilità e coerenza delle informazioni prodotte. Basti ricordare che il numero di suicidi risultava sistematicamente sottostimato rispetto a quanto rilevato dall'indagine Istat sui decessi e le cause di morte. Sottostima, peraltro, variabile nel tempo e sul territorio (Nota Informativa 2012 - <http://www.istat.it/it/archivio/68812>).

Con la chiusura dell'indagine di fonte giudiziaria non è più disponibile l'informazione sulla motivazione che ha indotto al suicidio, sulla cui affidabilità erano già state sollevate critiche sia dagli studiosi sia dagli organi preposti alla rilevazione. Si basava infatti su presupposti non accertabili e una vasta letteratura sull'argomento ritiene sia difficilmente possibile risalire con ragionevole attendibilità ad una singola causa in un fenomeno così complesso in cui si intrecciano fattori biologici, psicologici, sociali ed ambientali (soprattutto con rilevazioni statistiche basate su adempimenti amministrativi).

Da quella data quindi, l'informazione sui suicidi, coerentemente con gli indirizzi internazionali, si basa esclusivamente sui dati provenienti dall'Indagine sui decessi e le cause di morte (<http://www.istat.it/it/archivio/4216>). Tale fonte ha un elevato livello di accuratezza, viene monitorata e validata metodologicamente ed è sottoposta ai vincoli qualitativi del Regolamento europeo per le statistiche sulla salute pubblica¹.

Certificazione medica delle cause di decesso e statistiche di mortalità per causa

La certificazione delle cause di morte da parte dei medici rappresenta un ultimo servizio sanitario che il medico svolge nei confronti del suo paziente, dei suoi familiari ed anche della collettività.

La sua utilità si apprezza considerando che le statistiche che ne derivano rappresentano una fonte esaustiva di informazioni epidemiologiche di grande rilevanza e che la conoscenza di come avviene il decesso è un utile supporto per conoscere lo stato di salute di una popolazione. La qualità della certificazione è nelle mani del medico, il solo ad avere le competenze e, potenzialmente, le conoscenze per individuare il processo morboso principale e che ha portato il paziente al decesso.

Le informazioni desumibili riguardano dunque tutte le informazioni mediche contenute nei certificati di morte, che vengono elaborate e codificate in base alla classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Per ciascun decesso viene individuata una malattia riconosciuta come "causa iniziale di morte", ossia "la malattia o il traumatismo che ha avviato il concatenamento degli eventi morbosi che ha condotto direttamente alla morte, oppure l'insieme delle circostanze dell'accidente o della violenza che hanno provocato la lesione traumatica mortale". È alla "causa iniziale" che fanno generalmente riferimento le statistiche di mortalità diffuse in tutti i Paesi del mondo (<http://dati.istat.it/>, Tema: Salute e Sanità, Cause di morte)

¹ L'indagine ha una copertura totale e il suo campo di osservazione è costituito dall'insieme di tutti i decessi che si verificano sul territorio nazionale in un anno di calendario; vengono rilevate informazioni di carattere demografico (età, genere, stato civile, comune di residenza et al.) e sanitario (cause di morte e altri stati morbosi rilevanti, luogo del decesso e luogo dell'accidente).

Per i decessi da causa naturale, a partire dal 2003 l'Istat produce e diffonde anche i dati su tutte le malattie o stati morbosi indicati dal medico nel certificato di morte, le cosiddette statistiche sulle "cause multiple di morte". Per i decessi dovuti a cause di natura violenta tale informazione sulla morbosità associata è disponibile invece a partire dal 2011.

A differenza delle statistiche tradizionali basate sullo studio della sola causa iniziale di morte, questi dati consentono di fornire un quadro più completo in quanto fanno riferimento a tutte le malattie e/o sintomi che il medico ha certificato sulla scheda di morte Istat².

Tale opportunità di analisi è certamente di grande rilievo nell'attuale contesto epidemiologico e demografico caratterizzato da una prevalenza di multicronicità in una popolazione sempre più anziana. Anche nel caso di cause di morte violenta, come nei suicidi, è possibile utilizzare le informazioni sull'eventuale presenza di malattie rilevanti che a giudizio del medico hanno contribuito al decesso.

Esiste tuttavia anche la possibilità che i dati sottostimino il fenomeno della comorbosità nei suicidi. L'incertezza deriva dall'impossibilità di conoscere se quanto non riportato dal medico dipenda dall'effettiva assenza di comorbosità o dalla insufficiente informazione disponibile in fase di certificazione. Va aggiunto che l'informazione fornita dal medico può risentire anche del fatto che lo stesso deve compilare tempestivamente il certificato, entro le 24 ore dall'accertamento del decesso, inserendo le informazioni disponibili al momento stesso della certificazione.

L'analisi dei certificati di decesso per lo studio dell'associazione tra suicidio e malattie è un campo di ricerca relativamente nuovo anche a livello internazionale, le principali esperienze riguardano studi scientifici condotti in Australia e negli Stati Uniti.

Il presente contributo rappresenta il primo approfondimento sul tema realizzato in Italia con l'analisi dei decessi per suicidio³ avvenuti nel triennio 2011-2013.

Individuazione degli stati morbosi rilevanti

Tutte le cause multiple di morte riportate nei certificati con casi di suicidio nel periodo 2011-2013 sono state analizzate con l'obiettivo di individuare le entità morbose che con un ragionevole grado di certezza fornissero indicazione della presenza di una malattia importante (stati morbosi rilevanti). In tal modo si è inteso documentare situazioni di particolare disagio psico-fisico che potrebbero aver influenzato la scelta di suicidarsi.

La lista degli stati morbosi rilevanti, è stata quindi ottenuta tramite una selezione ragionata delle cause di morte naturali⁴ riportate sul certificato ottenuta tramite l'esclusione di alcuni stati morbosi, in quanto poco rilevanti dal punto di vista informativo, o riconducibili a meccanismi di morte o, ancora, interpretabili come conseguenze della lesione provocata dall'atto suicidario piuttosto che come patologie sottostanti (alcuni esempi: arresto cardiaco, arresto respiratorio, insufficienza respiratoria, insufficienza multiorgano, shock, insufficienza cardiocircolatoria, anossia cerebrale, edema polmonare, anemia acuta post-emorragica, danni ad organi vari come causati dall'atto suicidario). Tale analisi è stata condotta anche esaminando gli originali certificati di decesso laddove necessario.

Per quanto riguarda le malattie mentali sono state invece considerate tutte le cause riportate sul certificato che hanno come riferimento le categorie previste dal settore dell'ICD-10 denominato "Disturbi psichici e comportamentali" (codici F00-F99).

² Il medico è tenuto a certificare "tutte le malattie o i traumatismi che abbiano direttamente determinato la morte o che abbiano contribuito ad essa e le circostanze dell'accidente o della violenza che abbiano provocato tali traumatismi". La mole di informazione elaborata e diffusa dall'Istat ammonta ogni anno ad oltre 2,2 milioni di malattie certificate, corrette e codificate singolarmente.

³ Vengono selezionati tutti certificati di decesso in cui il medico ha indicato il suicidio tra le cause di morte, indipendentemente dal fatto che questo venga selezionato come causa iniziale o concausa.

⁴ Nella gran parte dei certificati di morte per suicidio, oltre alla causa esterna ovvero la modalità del suicidio (impiccamento, colpo di arma da fuoco, etc.), sono sempre riportate le lesioni generate dalla causa esterna (asfissia, ferita aperta, traumatismi corporei, etc.). Ai fini del presente studio si intende focalizzare l'attenzione solo sui certificati che oltre a questo tipo di informazione, riportano anche le informazioni relative a condizioni morbose rilevanti di natura non traumatica (malattie), antecedenti il gesto suicidario.

Per una maggiore informazione sulle selezioni operate si rimanda all'Appendice nella quale sono riportati nel dettaglio tutti gli stati morbosi inclusi nello studio secondo le categorie ICD-10 (codici e descrizioni) e le relative frequenze assolute.

Per l'analisi dei dati si è ritenuto opportuno raggruppare gli stati morbosi individuati in due grandi gruppi distinti in base alla natura della patologia sottostante: le malattie fisiche e le malattie mentali, specificando, tra queste ultime, i casi con presenza di depressione (stato morboso mentale spesso conseguenza di una malattia fisica, ma soprattutto tipico segnale di disagio psichico che potrebbe essere alla base del gesto suicidario).

Suicidi e frequenza degli stati morbosi rilevanti

Nel triennio 2011-2013 si sono registrati 12.877 decessi per suicidio, 2.812 hanno riguardato donne e 10.065 uomini.

L'81% di questi decessi non è associabile a stati morbosi rilevanti (Prospetto 1) e le sole informazioni riportate riguardano esclusivamente la modalità del suicidio e il tipo di lesione provocata.

Nel restante 19% dei casi (pari a 2.401 suicidi) sono presenti sul certificato uno o più stati morbosi (malattie fisiche o mentali).

PROSPETTO 1. SUICIDIO E FREQUENZA DI STATI MORBOSI RILEVANTI (FISICI O MENTALI).
Triennio 2011-2013

| TIPOLOGIA DEI CERTIFICATI DI DECESSO CON SUICIDIO | Numero decessi | Percentuale sul totale suicidi |
|---|----------------|--------------------------------|
| Totale dei certificati di decesso con suicidio | 12.877 | 100,0% |
| <i>dei quali:</i> | | |
| a) Suicidio senza altri stati morbosi rilevanti | 10.476 | 81,4% |
| b) Suicidio con menzione di stati morbosi rilevanti (malattie fisiche o mentali) | 2.401 | 18,6% |
| <i>b1) Certificati con menzione di un solo stato morboso rilevante</i> | | |
| 1 - Stato morboso fisico | 449 | 3,5% |
| 2 - Depressione | 1.166 | 9,1% |
| 3 - Altre malattie mentali | 366 | 2,8% |
| <i>b2) Certificati con menzione di due stati morbosi rilevanti</i> | | |
| 4 - Stato morboso fisico e depressione | 207 | 1,6% |
| 5 - Stato morboso fisico e altre malattie mentali | 62 | 0,5% |
| 6 - Depressione e altre malattie mentali | 132 | 1,0% |
| <i>b3) Certificati con menzione di tre stati morbosi rilevanti</i> | | |
| 7 - Stato morboso fisico, depressione e altre malattie mentali | 19 | 0,1% |
| Riepilogo dei certificati con suicidio e menzione di altri stati morbosi rilevanti | | |
| Certificati con menzione di malattie fisiche (1+4+5+7) | 737 | 5,7% |
| <i>dei quali:</i> | | |
| <i>con menzione di tumore</i> | 299 | 2,3% |
| <i>con menzione anche di malattie mentali (4+5+7)</i> | 288 | 2,2% |
| Certificati con esclusiva menzione di malattie mentali (2+3+6) | 1.664 | 12,9% |

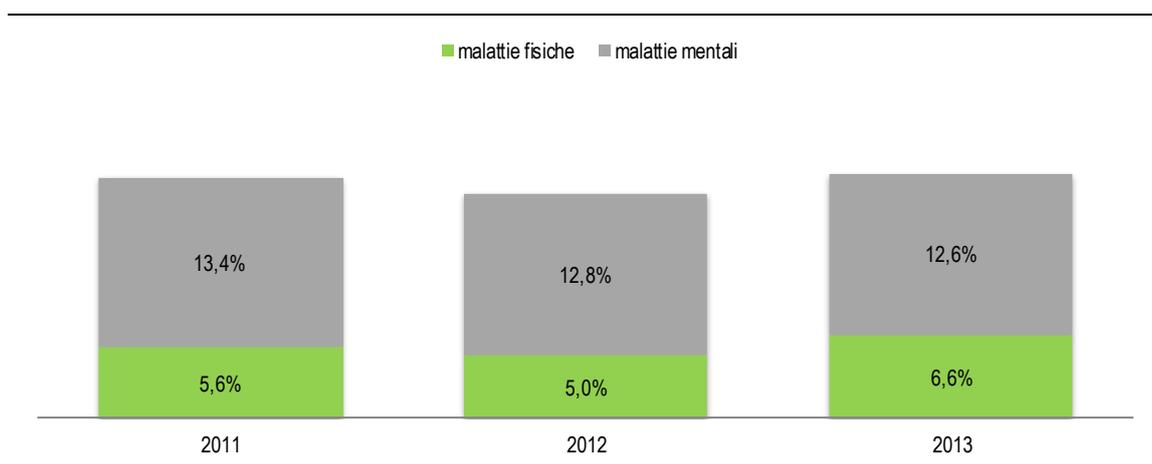
In 737 decessi per suicidio è certificata la presenza di malattie fisiche rilevanti (tra questi, 299 erano associati ad un tumore). Analizzando le associazioni tra le malattie sono stati individuati 288 casi in cui oltre alla malattia fisica si aggiunge la compresenza di una malattia mentale (principalmente depressione).

La menzione di sole malattie mentali si registra in 1.664 suicidi; vengono riportate principalmente depressione, ansia e altri disturbi psichici e comportamentali.

In generale la depressione è presente in 1.524 suicidi da sola o in associazione con altri stati morbosi e in circa un terzo dei casi di tumore.

Tra i certificati che menzionano stati morbosi rilevanti si osserva, nell'ultimo anno considerato, un aumento della quota di quelli con malattie fisiche, dal 5% nel 2012 al 6,6% nel 2013 (Figura 2).

FIGURA 2. SUICIDIO E FREQUENZA DI STATI MORBOSI RILEVANTI (FISICI O MENTALI), PER ANNO DI DECESSO. Anni 2011-2013, percentuale sul totale dei suicidi



Morbosità associata al suicidio: differenze per età e genere

L'associazione tra suicidio e malattie fisiche e mentali varia in base all'età e al genere. La frequenza di stati morbosi rilevanti, in generale, aumenta con l'età e i suicidi femminili presentano una maggiore comorbosità rispetto a quelli maschili (Prospetto 2, Figura 3).

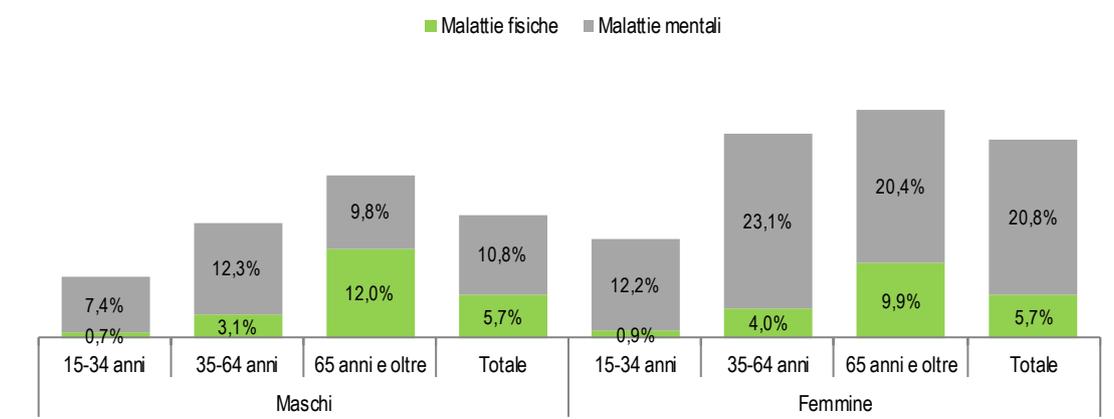
La proporzione di certificati che menzionano stati morbosi rilevanti, rispetto al totale dei suicidi, è complessivamente più elevata per le donne rispetto agli uomini: circa 27% contro 16%. Tale differenza risulta particolarmente evidente in presenza di malattie mentali, osservate con maggior frequenza tra le donne nella classe di età 35-64 anni (23% dei certificati rispetto al 12% tra gli uomini) ed in quella 65 anni ed oltre (20% rispetto al 10%).

Le malattie fisiche, invece, si presentano con proporzioni simili per maschi e femmine fino ai 65 anni, mentre tra gli ultrasessantacinquenni tale proporzione risulta più elevata tra gli uomini (12% contro 10%).

PROSPETTO 2. SUICIDIO E FREQUENZA DI STATI MORBOSI RILEVANTI (FISICI O MENTALI), PER ETÀ E GENERE. Triennio 2011-2013. Decessi in età 15 anni e oltre, valori assoluti

| | Classe di età | | | Totale |
|--|---------------|------------|-----------------|--------|
| | 15-34 anni | 35-64 anni | 65 anni e oltre | |
| Maschi | | | | |
| Totale dei certificati di decesso con suicidio | 1.489 | 5.209 | 3.347 | 10.045 |
| dei quali con menzione di: | | | | |
| malattie fisiche | 10 | 164 | 402 | 576 |
| malattie mentali | 110 | 643 | 327 | 1.080 |
| Femmine | | | | |
| Totale dei certificati di decesso con suicidio | 329 | 1.466 | 1.007 | 2.802 |
| dei quali con menzione di: | | | | |
| malattie fisiche | 3 | 58 | 100 | 161 |
| malattie mentali | 40 | 339 | 205 | 584 |

FIGURA 3. SUICIDIO E FREQUENZA DI STATI MORBOSI RILEVANTI (FISICI O MENTALI), PER ETÀ E GENERE. Triennio 2011-2013, proporzioni sul totale dei suicidi



Il luogo del decesso in presenza di stati morbosi

Circa la metà dei suicidi, nel periodo considerato, avviene in casa (Prospetto 3). Tale quota risulta più elevata (57%) nel caso in cui il suicidio risulti associato alla presenza di una malattia mentale. Il 30% dei suicidi in presenza di malattie fisiche avviene in istituti di cura (pubblici, privati, accreditati); quota che scende al 12% nel caso di malattie mentali (valore comunque superiore a quello osservato per i suicidi senza menzione di stati morbosi rilevanti 9%).

PROSPETTO 3. DISTRIBUZIONE DEI SUICIDI (CON E SENZA MENZIONE DI STATI MORBOSI RILEVANTI) SECONDO IL LUOGO DI DECESSO. Triennio 2011-2013, valori assoluti e percentuali sul totale dei suicidi

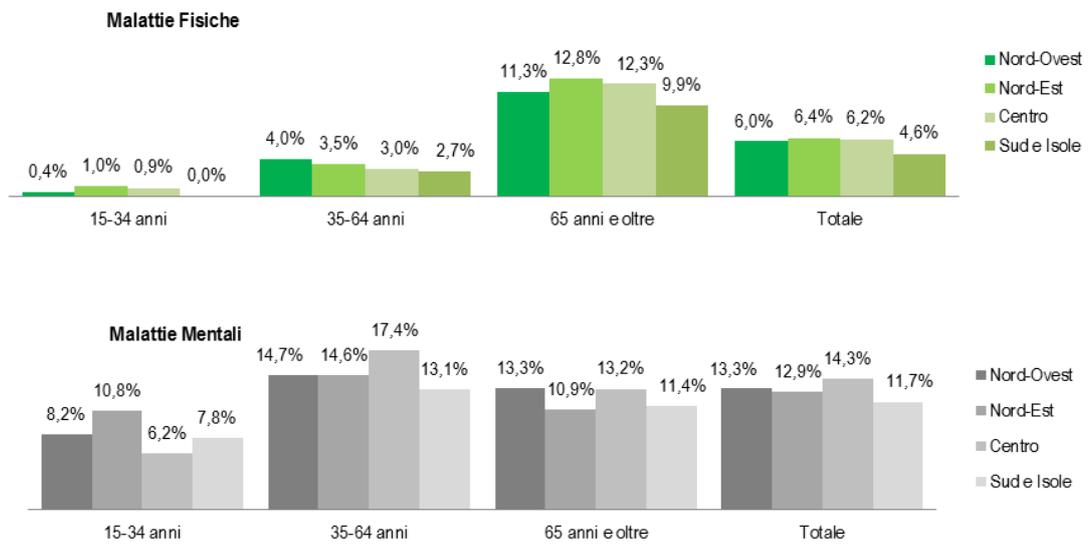
| LUOGO DEL DECESSO | SUICIDI CON MENZIONE STATI MORBOSI RILEVANTI | | | | SUICIDI SENZA MENZIONE STATI MORBOSI RILEVANTI | |
|---|--|------------------------|------------------|------------------------|--|------------------------|
| | Malattie Fisiche | | Malattie Mentali | | Numero | Percentuale sul totale |
| | Numero | Percentuale sul totale | Numero | Percentuale sul totale | | |
| Abitazione | 369 | 50,1% | 949 | 57,0% | 5.215 | 49,8% |
| Istituto di cura pubblico-privato-accreditato | 223 | 30,3% | 194 | 11,7% | 988 | 9,4% |
| Struttura residenziale o socio-assistenziale | 13 | 1,8% | 28 | 1,7% | 79 | 0,8% |
| Hospice | 7 | 0,9% | 5 | 0,3% | 20 | 0,2% |
| Altro | 96 | 13,0% | 407 | 24,5% | 3.354 | 32,0% |
| n.d. | 29 | 3,9% | 81 | 4,9% | 820 | 7,8% |
| TOTALE | 737 | 100,0% | 1.664 | 100,0% | 10.476 | 100,0% |

La distribuzione dei decessi sul territorio

Una maggiore frequenza dei casi di suicidi con stati morbosi rilevanti si osserva al Nord e nel Centro (Figura 4).

Tale risultato è più evidente per i decessi oltre i 35 anni di vita, in presenza di malattie sia fisiche che mentali. Le proporzioni più elevate si osservano, nel caso delle malattie fisiche, per il Nord-est nella classe di età 65 anni e oltre (13%) e, nel caso delle malattie mentali, per il Centro nella classe di età tra 35 e 64 anni (17%).

FIGURA 4. PROPORZIONE DI STATI MORBOSI RILEVANTI SUL TOTALE DEI SUICIDI, PER AREA GEOGRAFICA DI DECESSO ED ETÀ. Triennio 2011-2013



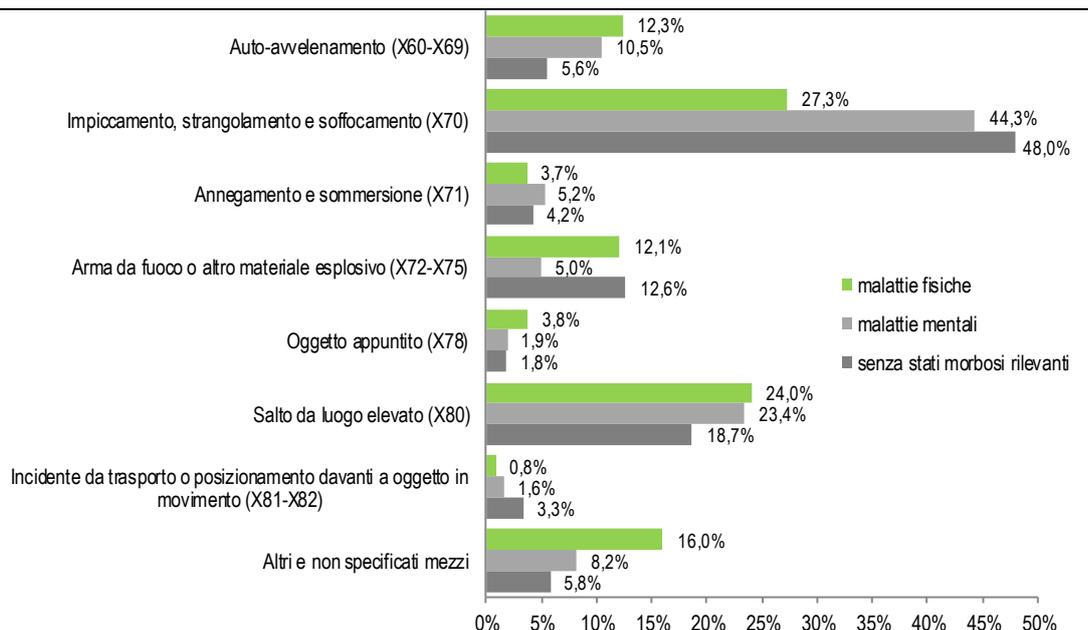
Modalità di suicidio

Nei suicidi con stati morbosi rilevanti, in presenza di una malattia fisica è più frequente, rispetto ai casi con malattia mentale, il ricorso all'auto-avvelenamento, alle armi da fuoco o agli oggetti appuntiti (Figura 5).

Nel caso di malattie mentali, invece, è maggiore la propensione all'utilizzo di metodi che provocano asfissia traumatica (impiccamento, strangolamento, soffocamento o annegamento).

Nel 16% dei casi di suicidio con menzione di malattie fisiche non risulta specificata la modalità del suicidio, contro l'8% di quelli con malattia mentale.

FIGURA 5. SUICIDI SECONDO LA MODALITÀ DI AUTOLESIONE INTENZIONALE, PER TIPOLOGIA DI STATO MORBOSO ASSOCIATO. Triennio 2011-2013, distribuzione percentuale



Per ciascuna delle modalità sono indicati in parentesi i codici della classificazione ICD-10

Appendice

Stati morbosi rilevanti riportati nei 2.401 certificati con suicidio. Frequenza assoluta per specifici raggruppamenti e categorie ICD-10. Triennio 2011-2013⁵.

| Stati morbosi | | |
|---------------------------|--|-----------|
| Codice ICD-10 | Descrizione | Frequenza |
| Malattie Fisiche | | |
| Malattie Infettive | | |
| B15-B19 | Epatite virale | 21 |
| B20-B24 | Malattia da virus dell'immunodeficienza umana [HIV] | 7 |
| A16 | Tubercolosi respiratoria, non confermata batteriologicamente ed istologicamente | 2 |
| B91 | Sequela di poliomielite | 2 |
| Tumori | | |
| C34 | Tumore maligno dei bronchi e del polmone | 43 |
| C61 | Tumore maligno della prostata | 29 |
| C50 | Tumore maligno della mammella | 20 |
| C16 | Tumore maligno dello stomaco | 19 |
| C18 | Tumore maligno del colon | 18 |
| C22 | Tumore maligno del fegato e dei dotti biliari intraepatici | 11 |
| C67 | Tumore maligno della vescica | 10 |
| C85 | Altri e non specificati tipi di linfomi non Hodgkin | 10 |
| C25 | Tumore maligno del pancreas | 9 |
| C26 | Tumore maligno di altri e mal definiti organi dell'apparato digerente | 9 |
| C32 | Tumore maligno della laringe | 8 |
| D48 | Tumori di comportamento incerto o sconosciuto di altre e non specificate sedi | 8 |
| C90 | Mieloma multiplo e tumori plasmacellulari maligni | 7 |
| D41 | Tumori di comportamento incerto o sconosciuto degli organi dell'apparato urinario | 7 |
| C64 | Tumore maligno del rene, ad eccezione della pelvi renale | 6 |
| C06 | Tumore maligno di altre e non specificate parti della bocca | 5 |
| C43 | Melanoma maligno della cute | 5 |
| D47 | Altri tumori di comportamento incerto o sconosciuto del tessuto linfatico, ematopoietico e tessuti correlati | 5 |
| C15 | Tumore maligno dell'esofago | 4 |
| C20 | Tumore maligno del retto | 4 |
| C45 | Mesotelioma | 4 |
| D32 | Tumori benigni delle meningi | 4 |
| D40 | Tumori di comportamento incerto o sconosciuto degli organi genitali maschili | 4 |
| D43 | Tumori di comportamento incerto o sconosciuto dell'encefalo e del sistema nervoso centrale | 4 |
| D46 | Sindromi mielodisplasiche | 4 |
| C10 | Tumore maligno dell'orofaringe | 3 |
| C19 | Tumore maligno della giunzione retto-sigmoidea | 3 |
| C92 | Leucemia mieloide | 3 |
| C07 | Tumore maligno della parotide | 2 |
| C09 | Tumore maligno della tonsilla | 2 |
| C14 | Tumore maligno di altre e mal definite sedi del labbro, della cavità orale e della faringe | 2 |
| C68 | Tumore maligno di altro e non specificato organo dell'apparato urinario | 2 |
| C73 | Tumore maligno della tiroide | 2 |

⁵ In un certificato di morte possono essere menzionati più stati morbosi rilevanti. Il totale degli stati morbosi considerati nello studio è 3.192 su 2.401 decessi. Nel calcolo del numero di suicidi con menzione di specifiche tipologie di stato morboso (es. malattie fisiche, malattie mentali, tumori), se su uno stesso certificato è riportata più volte una medesima tipologia di stato morboso, questa viene conteggiata una sola volta.

| Stati morbosi | | |
|--|---|-----------|
| Codice ICD-10 | Descrizione | Frequenza |
| C91 | Leucemia linfoide | 2 |
| D44 | Tumori di comportamento incerto o sconosciuto delle ghiandole endocrine | 2 |
| C00 | Tumore maligno del labbro | 1 |
| C04 | Tumore maligno del pavimento orale | 1 |
| C44 | Altri tumori maligni della cute | 1 |
| C48 | Tumore maligno del retroperitoneo e peritoneo | 1 |
| C55 | Tumore maligno dell'utero, parte non specificata | 1 |
| C71 | Tumore maligno dell'encefalo | 1 |
| C95 | Leucemia di tipo cellulare non specificato | 1 |
| D18 | Emangioma e linfangioma di qualsiasi sede | 1 |
| D29 | Tumori benigni degli organi genitali maschili | 1 |
| D33 | Tumori benigni dell'encefalo e di altre parti del sistema nervoso centrale | 1 |
| D36 | Tumori benigni di altre e non specificate sedi | 1 |
| D37 | Tumori di comportamento incerto o sconosciuto della cavità orale e degli organi dell'apparato digerente | 1 |
| D38 | Tumori di comportamento incerto o sconosciuto dell'orecchio medio, degli organi dell'apparato respiratorio e degli organi intratoracici | 1 |
| C77-C79 | Tumore maligno secondario | 49 |
| C80 | Tumore maligno di sede non specificata | 44 |
| Malattie del sangue | | |
| D69 | Porpora ed altre condizioni emorragiche | 5 |
| D56 | Talassemia | 2 |
| D61 | Altre anemie aplastiche | 1 |
| Malattie nutrizionali e metaboliche | | |
| E10-E14 | Diabete mellito | 111 |
| E66 | Obesità | 4 |
| E24 | Sindrome di Cushing | 1 |
| E32 | Malattie del timo | 1 |
| E46 | Malnutrizione proteico-energetica non specificata | 1 |
| E85 | Amiloidosi | 1 |
| Malattie sistema nervoso | | |
| G20 | Morbo di Parkinson | 28 |
| G40 | Epilessia | 16 |
| G30 | Malattia di Alzheimer | 10 |
| G12 | Atrofia muscolare spinale e sindromi correlate | 9 |
| G31 | Altre malattie degenerative del sistema nervoso non classificate altrove | 8 |
| G35 | Sclerosi multipla | 6 |
| G21 | Parkinsonismo secondario | 4 |
| G10 | Malattia di Huntington | 3 |
| G11 | Atassia ereditaria | 2 |
| G25 | Altri disturbi extrapiramidali e del movimento | 2 |
| G41 | Stato di male epilettico | 1 |
| G70 | Miastenia grave ed altri disturbi neuromuscolari | 1 |
| G71 | Disturbi primitivi dei muscoli | 1 |
| Malattie del sistema circolatorio | | |
| I25 | Cardiopatia ischemica cronica | 95 |
| I69 | Sequela di malattia cerebrovascolare | 26 |
| I11 | Cardiopatia ipertensiva | 24 |
| I70 | Aterosclerosi | 16 |
| I42 | Cardiomiopatia | 6 |

| Stati morbosi | | |
|---|---|-----------|
| Codice ICD-10 | Descrizione | Frequenza |
| I05 | Malattie reumatiche della valvola mitralica | 3 |
| I35 | Disturbi non reumatici della valvola aortica | 2 |
| I12 | Malattia renale ipertensiva | 1 |
| I13 | Malattia ipertensiva cardiaca e renale | 1 |
| I34 | Disturbi non reumatici della valvola mitralica | 1 |
| Malattie del sistema respiratorio | | |
| J44 | Altre pneumopatie ostruttive croniche | 51 |
| J42 | Bronchite cronica non specificata | 10 |
| J43 | Enfisema | 7 |
| Malattie dell'apparato digerente | | |
| K70 | Epatopatia alcolica | 11 |
| K74 | Fibrosi e cirrosi epatiche | 11 |
| K50 | Morbo di Crohn [enterite regionale] | 3 |
| K73 | Epatite cronica non classificata altrove | 3 |
| Malattie osteomuscolari e del tessuto connettivo | | |
| M15 | Poliartrosi | 4 |
| M06 | Altre artriti reumatoidi | 1 |
| M32 | Lupus eritematoso sistemico | 1 |
| M34 | Sclerosi sistemica | 1 |
| M35 | Altro interessamento sistemico del tessuto connettivo | 1 |
| Malattie apparato urinario | | |
| N19 | Insufficienza renale non specificata | 44 |
| N18 | Insufficienza renale cronica | 20 |
| Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti | | |
| R64 | Cachessia | 18 |
| R54 | Senilità | 11 |
| R75 | Messa in evidenza, con esami di laboratorio, del virus della immunodeficienza umana [HIV] | 2 |
| Malattie mentali | | |
| Disturbi psichici e comportamentali | | |
| F32 | Episodio depressivo | 1.488 |
| F41 | Altri disturbi d'ansia | 105 |
| F31 | Disturbo affettivo bipolare | 78 |
| F10 | Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol | 73 |
| F20 | Schizofrenia | 67 |
| F29 | Psicosi non organica non specificata | 62 |
| F60 | Disturbi di personalità specifici | 44 |
| F33 | Disturbo depressivo ricorrente | 40 |
| F09 | Disturbi psichici organici o sintomatici non specificati | 32 |
| F03 | Demenza non specificata | 31 |
| F19 | Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di sostanze psicoattive multiple e all'uso di altre sostanze psicoattive | 29 |
| F99 | Disturbo mentale non specificato | 24 |
| F22 | Disturbi deliranti persistenti | 19 |
| F34 | Disturbi persistenti dell'umore [affettivi] | 15 |
| F25 | Disturbi schizoaffettivi | 9 |
| F23 | Disturbi psicotici acuti e transitori | 8 |
| F39 | Disturbo dell'umore [affettivo] non specificato | 8 |

| Stati morbosi | | |
|---------------|--|-----------|
| Codice ICD-10 | Descrizione | Frequenza |
| F30 | Episodio maniacale | 7 |
| F48 | Altri disturbi nevrotici | 7 |
| F43 | Reazione a grave stress e disturbi dell'adattamento | 5 |
| F05 | Delirium non indotto da alcol o da altre sostanze psicoattive | 4 |
| F42 | Disturbo ossessivo compulsivo | 4 |
| F44 | Disturbi dissociativi [di conversione] | 4 |
| F28 | Altri disturbi psicotici non organici | 3 |
| F14 | Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di cocaina | 2 |
| F45 | Disturbi somatoformi | 2 |
| F50 | Disturbi dell'alimentazione | 2 |
| F63 | Disturbi delle abitudini e degli impulsi | 2 |
| F72 | Ritardo mentale grave | 2 |
| F01 | Demenza vascolare | 1 |
| F11 | Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di oppioidi | 1 |
| F17 | Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di tabacco | 1 |
| F40 | Disturbi ansioso-fobici | 1 |
| F71 | Ritardo mentale di media gravità | 1 |
| F79 | Ritardo mentale non specificato | 1 |