

Rassegne

Il processo di revisione dei sistemi diagnostici in psichiatria: differenze tra ICD-11 e DSM-5

The revision process of diagnostic systems in psychiatry: differences between ICD-11 and DSM-5

GAIA SAMPOGNA¹, VALERIA DEL VECCHIO¹, VINCENZO GIALONARDO¹, MARIO LUCIANO¹,
FRANCESCO PERRIS¹, PASQUALE SAVIANO², FRANCESCA ZINNO¹, ANDREA FIORILLO^{1*}

*E-mail: andrea.fiorillo@unicampania.it

¹Dipartimento di Psichiatria, Università della Campania “L. Vanvitelli”, Napoli

²UOSM Nola, DSM ASL NA 3 Sud, Nola (Napoli)

RIASSUNTO. I due principali sistemi di classificazione utilizzati in psichiatria sono il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM) e l'International Classification of Diseases (ICD). Il DSM, sviluppato dall'American Psychiatric Association (APA), è stato revisionato nel 2013 e tradotto in italiano nel 2014. L'undicesima revisione dell'ICD, a cura della World Health Organization (WHO), terminata nel 2018, è stata approvata dall'Assemblea Generale della WHO nel 2019 ed è attualmente in fase di traduzione nelle diverse lingue. Sebbene gli autori delle ultime revisioni dei due sistemi diagnostici abbiano tentato un processo di armonizzazione, persistono ancora numerose differenze. La differenza principale riguarda l'approccio alla base dei due sistemi diagnostici: mentre il DSM è più orientato alla ricerca scientifica, il sistema diagnostico dell'ICD sottolinea l'importanza di migliorare la clinical utility delle diagnosi nella pratica clinica ordinaria. È auspicabile che le future revisioni prendano in considerazione queste differenze in modo da favorire una reale armonizzazione tra i due sistemi diagnostici.

PAROLE CHIAVE: classificazione, disturbi mentali, ICD, clinical utility.

SUMMARY. The two main classification systems in psychiatry are represented by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) and by the International Classification of Diseases (ICD). The last version of the DSM has been published in 2013 by the American Psychiatric Association and it has been translated in Italian in 2014. The eleventh revision of the ICD by the World Health Organization has been completed in 2018, approved by the WHO General Assembly in 2019 and it is going to be translated in several languages. Although authors of the last editions of both manuals aimed to the harmonization, several differences still persist. In particular, the DSM has the global aim to be used in the scientific research settings, while the ICD aims to improve the clinical utility of the different diagnoses in the clinical practice. In the near future, all these features should be taken carefully in consideration in order to promote a real integration and harmonization between the two diagnostic systems.

KEY WORDS: classification, mental disorders, clinical utility, ICD.

INTRODUZIONE

I due principali sistemi di classificazione utilizzati in psichiatria sono il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM) e l'International Classification of Diseases (ICD).

La prima edizione del DSM, pubblicata nel 1952 a cura di Adolf Meyer, conteneva un glossario di descrizioni delle principali categorie diagnostiche; questa edizione può essere considerata il primo manuale ufficiale dei disturbi mentali con un'utilità nella pratica clinica. I disturbi mentali erano concettualizzati come delle “reazioni” della personalità a fattori psicologici, sociali e biologici, riflettendo l'influenza del lavoro di Meyer. La seconda edizione del DSM fu pubblica-

ta nel 1968, sempre a cura di Meyer, in cui i cambiamenti principali includevano l'aumento delle possibili diagnosi (da circa 100 a circa 150) e il passaggio dal termine “reazioni” a quello di “nevrosi”¹.

Il vero cambiamento si ebbe nel 1980 con la pubblicazione del DSM-III, a opera di un gruppo di ricercatori americani guidati da R. Spitzer. In questa edizione, per la prima volta, furono introdotti i criteri operazionali per la formulazione delle diagnosi al fine di migliorare la riproducibilità diagnostica tra i medici. Inoltre, il DSM-III incluse un sistema di classificazione diagnostica multiassiale con un approccio neutrale rispetto alle cause dei disturbi mentali. Rispetto al DSM-II, il numero delle diagnosi psichiatriche aumentò ulteriormente, fino a quasi 200. Tuttavia, gli studi che furono condotti nei successivi 20 anni hanno documentato che – a

causa di importanti problemi metodologici – l'utilizzo del DSM-III non aveva portato all'auspicato aumento della riproducibilità diagnostica².

La stesura del DSM-IV, la cui pubblicazione è avvenuta nel 1994, ha seguito gli stessi principi di quella del DSM-III, con criteri sintomatologici decontestualizzati che hanno verosimilmente condotto a un'iper-diagnosi dei disturbi mentali (nel DSM-IV sono elencate oltre 250 sindromi psichiatriche), come sottolineato dallo stesso Spitzer in una critica al DSM-III e al DSM-IV³. Dopo circa 20 anni dal DSM-IV, è stato pubblicato il DSM-5, il cui obiettivo principale è stato quello di migliorare la validità delle diagnosi psichiatriche.

Parallelamente allo sviluppo del DSM, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato numerose edizioni dell'ICD. Infatti, nel 1949 per la prima volta l'ICD ha incluso una sezione specifica per i disturbi mentali. In particolare, la sesta edizione dell'ICD includeva dieci categorie per le psicosi e le psiconevrosi e sette categorie per i disturbi del carattere, del comportamento e dell'intelletto⁴.

Nel 1955, la WHO organizzò a Parigi la Conferenza Internazionale per la settima revisione dell'International Classification of Diseases, a cui parteciparono numerosi esperti internazionali, con l'obiettivo di migliorare gli errori o gli aspetti poco chiari delle diagnosi presenti nelle versioni precedenti dell'ICD. La conferenza successiva fu organizzata a Ginevra nel 1965; l'obiettivo era quello di apportare cambiamenti più radicali all'ICD, ma lasciando inalterata la struttura di base generale del sistema di classificazione.

In quegli anni il sistema diagnostico dell'ICD venne utilizzato in numerosi Paesi e in alcuni casi furono forniti ulteriori dettagli clinici e adattamenti ai differenti contesti socio-culturali in modo da poter utilizzare con maggiore facilità il manuale nella pratica clinica.

Nel 1975 fu organizzata, sempre a Ginevra, la Conferenza Internazionale per la Nona Revisione dell'International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death. La conferenza confermò la struttura di base dell'ICD, ma furono forniti maggiori dettagli per la diagnosi dei vari disturbi, introducendo l'organizzazione del sistema di classificazione in sottocategorie. Inoltre, la nona revisione incluse un metodo alternativo opzionale di classificazione delle diagnosi, che comprendeva informazioni sulla malattia generale di base e sulle manifestazioni cliniche in particolari organi o apparati.

La decima revisione dell'ICD è stata pubblicata nel 1989, oltre 10 anni dopo la precedente edizione. Tale decisione fu dovuta all'enorme diffusione nell'utilizzo dell'ICD in tutto il mondo, per cui fu deciso di consentire agli Stati membri di sperimentare il nuovo sistema diagnostico.

Nel 2013 e nel 2019 sono state approvate rispettivamente la quinta edizione del DSM e l'undicesima revisione dell'ICD mediante un lavoro di molti anni. Nel processo di revisione delle ultime edizioni del DSM⁵ e dell'ICD⁶, le task force e i working group hanno avuto l'obiettivo principale di migliorare la clinical utility e al contempo di rafforzare la validità delle diagnosi in psichiatria. Nonostante sia stata prevista una certa armonizzazione tra i due sistemi diagnostici, persistono numerose differenze. In questo contributo verranno riportate le fasi che hanno portato alla pubblicazione delle nuove edizioni dei due manuali diagnostici e le principali similitudini e differenze.

IL PROCESSO DI REVISIONE DEL DSM-5

Fase preliminare

Il processo di revisione del DSM da parte dell'American Psychiatric Association (APA) è iniziato nel 1999, sebbene la pubblicazione di una nuova revisione non fosse in programma prima del 2012. Il processo di aggiornamento del DSM è iniziato con una collaborazione tra l'APA e il National Institute of Mental Health (NIMH) con l'obiettivo di stimolare la ricerca di base sulla nosologia in psichiatria. Il primo risultato di tale collaborazione fu la pubblicazione di una serie di white paper, frutto di varie conferenze svoltesi nel 1999, con la partecipazione di Steven Hyman (Direttore dell'NIMH) e di David Kupfer e Steven Mirin, in rappresentanza dell'APA. Gli argomenti affrontati in queste riunioni includevano gli aspetti neuroevolutivi dei disturbi mentali, i limiti degli attuali sistemi di classificazione, le alterazioni funzionali associate ai disturbi mentali, il possibile contributo delle neuroscienze alla diagnosi, gli aspetti culturali dei disturbi mentali. I topic identificati furono discussi in vari working group, in cui era prevista la presenza di almeno un rappresentante della NIMH.

Durante la prima conferenza congiunta APA-NIMH nel settembre del 1999 fu chiarito che l'obiettivo di tale collaborazione era ben più ambizioso del solo aggiornamento e sviluppo del DSM-5: era piuttosto quello di definire le priorità della ricerca per migliorare i sistemi diagnostici e di classificazione in psichiatria. L'esito finale di questa prima riunione fu la decisione di condurre lavori per orientare le successive fasi di sviluppo del nuovo manuale. Nella seconda riunione, organizzata a luglio 2000, furono coinvolti solo i chair dei diversi working group e i rappresentanti di enti sanitari americani, come il National Institute of Drug Abuse e il National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Infine, nella terza conferenza dell'ottobre dello stesso anno fu sottolineata la necessità per ciascun working group di stabilire degli obiettivi a breve/lungo termine e di seguire una modalità di lavoro condivisa: sviluppo di un outline, suddivisione dei compiti tra i membri del working group, integrazioni delle singole parti in un unico documento e condivisione del draft finale con successivo invio della bozza a revisori esterni⁷.

Seconda fase: definizione della meta-struttura del DSM

Nel 2006, l'American Psychiatric Institute for Research and Education dell'APA promosse una serie di conferenze internazionali con il coinvolgimento di rappresentanti dell'NIMH e della WHO, al fine di sviluppare delle proposte di ricerca condivise, con l'obiettivo di ridurre le discrepanze tra i sistemi diagnostici del DSM e dell'ICD. Tali riunioni hanno avuto come obiettivo la promozione della ricerca di base per migliorare le conoscenze sui disturbi mentali e di facilitare lo sviluppo di criteri diagnostici condivisi dai ricercatori di tutto il mondo per valutare l'eziologia e la patofisiologia dei disturbi mentali⁸.

Nel corso del processo di revisione del DSM, l'APA ha istituito il Diagnostic Spectra Study Group al fine di chiarire le differenze tra le varie categorie diagnostiche incluse nella nuova versione del manuale. Il Diagnostic Spectra Study Group ha valutato la possibilità di raggruppare i disturbi

Il processo di revisione dei sistemi diagnostici in psichiatria: differenze tra ICD-11 e DSM-5

mentali inclusi nel DSM-IV in cluster o gruppi di disturbi che condividono fattori di validazione esterna, definendo la “meta-struttura” del manuale. La premessa alla base della realizzazione della meta-struttura è stata che sia il DSM-IV sia l’ICD-10 fossero troppo complessi per poter essere utilizzati nella pratica routinaria. I fattori presi in considerazione per la definizione dei cluster hanno incluso: 1) fattori di rischio genetico; 2) familiarità; 3) fattori di rischio ambientale; 4) substrati neuronali; 5) biomarker; 6) antecedenti temperamentali; 7) disturbi cognitivi-emotivi; 8) somiglianza dei sintomi; 9) alto tasso di comorbidità; 10) decorso del disturbo; 11) risposta ai trattamenti⁹.

Sulla base di tali criteri è stata definita una meta-struttura del DSM costituita da: cluster neurocognitivo, cluster del neurosviluppo, cluster della psicosi, cluster emozionale (o *internalizing*, che include il disturbo d’ansia generalizzato, il disturbo di panico, la depressione unipolare, la distimia, le fobie, il disturbo ossessivo-compulsivo, il disturbo da stress post-traumatico e i disturbi somatoformi) e cluster dei disturbi esternalizzati (*externalizing*, che include il disturbo da uso di sostanze, il disturbo di personalità antisociale e il disturbo della condotta)⁹.

L’identificazione di una meta-struttura nella classificazione dei disturbi mentali ha determinato un ampio dibattito sull’utilità clinica e sull’affidabilità di tale metodologia¹⁰⁻¹⁴.

Gavin Andrews⁹ ha sottolineato come la creazione di cluster diagnostici identificati sulla base di criteri validati, non basati esclusivamente sulle caratteristiche cliniche, rappresenti un approccio scientificamente valido, sebbene non sia possibile definire quali possano essere le ricadute sulla pratica clinica. Inoltre, la definizione di una meta-struttura permette un’organizzazione più “parsimoniosa” del sistema di classificazione, includendo nello stesso cluster quei disturbi che condividono fattori di rischio e caratteristiche cliniche. Ciononostante, Jablensky¹⁵ ha sottolineato che – sebbene l’idea di avere un’organizzazione in cluster possa essere “utile” – la modalità con cui sono stati definiti i cluster si basa solo sull’opinione di esperti che hanno utilizzato a supporto dati di letteratura selezionati. Sia il DSM sia l’ICD sono essenzialmente classificazioni di “concetti diagnostici” ateorici e non di “entità naturali” (*natural kinds*), per cui la classificazione proposta non si basa su modelli tassonomici o gerarchici. La principale critica alla meta-struttura del DSM è che si vada a definire un terzo livello di classificazione, in aggiunta alle diverse categorie diagnostiche e ai singoli disturbi, che non fornisce alcuna informazione relativa all’organizzazione tassonomica dei due livelli inferiori¹⁵. Altri autori, come Wittchen¹⁶ e First¹⁷, hanno evidenziato che l’identificazione della meta-struttura potrebbe rappresentare una strategia utile da perseguire nel prossimo futuro, ma che al momento non può rappresentare una base solida per lo sviluppo di revisioni degli attuali sistemi diagnostici¹⁶⁻¹⁸.

Terza fase: creazione delle task force e dei working group

Tra il 2007 e il 2008, l’APA Board of Trustees ha approvato la creazione della DSM-5 Task Force e di 13 working group (Tabella 1). I membri delle task force sono stati selezionati sulla base della loro esperienza e della capacità di leadership, includendo oltre 160 esperti mondiali nel campo

delle neuroscienze, dei disturbi mentali, dell’epidemiologia e della sanità pubblica, coinvolgendo non solo psichiatri, ma anche altri operatori della salute mentale.

I working group hanno lavorato allo sviluppo dei nuovi criteri diagnostici con numerosi dibattiti relativi, per esempio, all’eliminazione del criterio di esclusione del lutto per la diagnosi di depressione maggiore; all’inserimento della sindrome psicotica attenuata nel capitolo dei disturbi psicotici; all’introduzione del modello dimensionale per i disturbi di personalità. Inoltre, un altro aspetto ampiamente discusso da tutti i working group è stato quello relativo all’introduzione di un approccio dimensionale nella nuova versione del manuale. Per tali criticità, le soluzioni incluse nella versione finale del DSM-5 sono state molto differenti.

Nel caso della depressione maggiore, il working group ha deciso di eliminare il criterio di esclusione del lutto per la diagnosi di depressione maggiore, sulla base dei tassi di incidenza di episodi depressivi in campioni di popolazione che avevano subito o meno il lutto. Tali dati sperimentali hanno sottolineato come non sia possibile osservare alcuna differenza significativa nella prevalenza degli episodi depressivi tra coloro che hanno subito o meno un lutto¹⁹. In ogni caso, nel DSM-5 è stata inserita una nota in cui si sottolinea il ruolo essenziale del giudizio del clinico per poter formulare la diagnosi conclusiva di depressione maggiore²⁰⁻²³.

Un altro aspetto ampiamente dibattuto è stato quello relativo all’inclusione della sindrome psicotica attenuata (Attenuated Psychotic Syndrome - APS)²⁴. Tale categoria diagnostica era stata proposta per classificare i soggetti che presentano sintomi psicotici attenuati e che dovrebbero essere monitorati nel corso del tempo per identificare precocemente la comparsa di sintomi psicotici conclamati. In seguito a un acceso dibattito nella task force relativa ai disturbi psicotici, la APS è stata inserita nell’appendice al DSM-5 tra le “Condizioni che necessitano ulteriori studi” in quanto i dati disponibili relativi ai tassi di conversione di APS in sindromi psicotiche conclamate e i relativi trattamenti attualmente disponibili hanno dimostrato un rapporto rischio/beneficio sfavorevole²⁵⁻²⁷.

L’inserimento di aspetti diagnostici dimensionali nell’ambito dell’approccio categoriale del manuale ha rappresentato un altro elemento di ampia discussione nelle task force. L’approccio categoriale non fornisce una rappresentazione accurata della pratica clinica, come osservato nel caso di pazienti con un episodio depressivo maggiore in cui è frequente la presenza anche di sintomi ansiosi, che possono peggiorare il quadro clinico. In alcune circostanze, i clinici devono necessariamente formulare la diagnosi di due o più disturbi, utilizzando spesso la dicitura di disturbi “non altrimenti specificati”. In mancanza di un approccio diagnostico dimensionale, l’integrazione di una valutazione dimensionale della sintomatologia clinica rappresenta una valida strategia per fornire informazioni cliniche più specifiche sul quadro clinico di ciascun paziente. Per tali motivi, nel DSM-5 sono stati inclusi alcuni strumenti per una valutazione dimensionale dei sintomi (DSM-5 cross-cutting symptom measures)²⁸.

Il lavoro delle differenti task force ha portato alla stesura di una versione pre-finale della nuova edizione del manuale, che nel 2010 è stata pubblicata online. Contemporaneamente, sono stati condotti i field trial per valutare la riproducibilità e l’accuratezza delle diagnosi nella pratica clinica routinaria, con un coinvolgimento di oltre 3500 pazienti²⁹. Sulla base dei feed-

Sampogna G et al.

Tabella 1. Organizzazione dei working group per il processo di revisione del DSM e dell'ICD.

DSM-5 working group		ICD revision working group	
ADHD e disturbi da comportamento dirompente	Shaffer D, Castellanos FX	Primary care	Goldberg D
Disturbi d'ansia, dello spettro ossessivo-compulsivo, post-traumatici e dissociativi	Phillips KA	Child and adolescent	Rutter M
Disturbi dell'infanzia e dell'adolescenza	Pine DS	Personality disorders	Tyrer P
Disturbi dell'alimentazione	Walsh BT	Intellectual disabilities	Salvador L
Disturbi dell'umore	Fawcett JA	Psychotic disorders	Gaebel W
Disturbi neurocognitivi	Jeste DV, Blazer DG, Petersen RC	Somatic distress and dissociative disorders	Gureje O
Disturbi del neurosviluppo	Swedo SE	Substance-related and addictive disorders	Ray R
Personalità e disturbi di personalità	Skodol AE, Oldham JM	Mood and anxiety disorders	Maj M
Disturbi psicotici	Carpenter WT	Stress-related disorders	Maercker A
Disturbi sessuali e dell'identità di genere	Zucker KJ	Neurocognitive disorders	Krishnamurthy E
Disturbi del sonno-veglia	Reynolds CF	Sexual disorders and sexual health	Drescher J
Disturbi da sintomi somatici	Dimsdale JE	Obsessive-compulsive and related disorders	Veale D
Disturbi correlati a sostanze	O'Brien C, Crowley TJ		
Study group DSM-5			
Spettri diagnostici e armonizzazione del DSM con l'ICD	Hyman SE		
Questioni relative allo sviluppo e all'arco della vita	Lenze EJ, Schultz SK, Pine DS		
Aspetti relativi al genere e interculturali	Yonkers KA, Lewis-Fernandez R		
Interfaccia tra psichiatria e medicina generale	Wulsin LR		
Compromissione e disabilità	Paulsen JS		
Strumenti di valutazione diagnostica	Burke JD Jr		

back ricevuti relativi alla versione online e ai risultati dei field trial, il manuale è stato ulteriormente modificato dai working group e dalle task force. Successivamente, la versione finale del manuale è stata valutata dai chair delle varie task force e dai membri dell'Executive Committee del Board of Trustees e in seguito alla loro approvazione, la quinta edizione del DSM è stata approvata dall'assemblea generale dell'APA nel dicembre 2012 e successivamente pubblicato nel 2013.

IL PROCESSO DI REVISIONE DELL'INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES

Fase preliminare

Nel gennaio 2007, la WHO ha sancito l'inizio del processo di revisione dell'ICD-10, con l'obiettivo principale di migliorarne l'utilità clinica, cioè la possibilità di utilizzo nella pratica clinica routinaria di uno strumento che deve essere semplice e facilmente accessibile agli operatori sanitari. Inol-

tre, la nuova revisione dell'ICD ha anche l'obiettivo di facilitare l'identificazione accurata dei diversi quadri clinici, in modo da consentire trattamenti adeguati tempestivi³⁰⁻³². La WHO ha sottolineato come il processo di revisione debba essere condotto con un'attiva partecipazione di tutti gli stakeholder della salute mentale, garantendo la propria autonomia e indipendenza da influenze commerciali e dell'industria farmaceutica.

Nel processo di revisione dell'ICD un ruolo essenziale è svolto da un International Advisory Board (IAB) (Tabella 2) che ha le funzioni di: guidare e supportare il processo di aggiornamento del sistema diagnostico; identificare i principali stakeholder con cui stabilire un'attiva collaborazione; identificare, rivedere e sintetizzare i dati di letteratura disponibili che devono essere presi in considerazione durante il processo di revisione.

L'IAB – presieduto da S. Hayman – ha nominato differenti working group (Tabella 1) le cui attività includono: 1) analisi dei dati di letteratura disponibili sull'uso, sull'utilità clinica e sull'esperienza acquisita nei vari setting clinici in re-

Il processo di revisione dei sistemi diagnostici in psichiatria: differenze tra ICD-11 e DSM-5

Tabella 2. International Advisory Board ICD.

- Steven E. Hyman (USA), Chair
- Jose Luis Ayuso-Mateos (Spain)
- Wolfgang Gaebel (Germany)
- Oye Gureje (Nigeria)
- Assen Jablensky (Australia)
- Brigitte Khoury (Lebanon)
- Anne Lovell (France)
- Maria Elena Medina-Mora (Mexico)
- Afarin Rahimi (Iran)
- Pratap Sharan (India)
- Pichet Udomratn (Thailand)
- Xiao Zeping (China)

lazione alle differenti diagnosi disponibili; 2) valutazione dei criteri diagnostici proposti dalle task force del DSM-5; 3) proposta di nuove categorie diagnostiche o revisione delle categorie preesistenti; 4) sviluppo delle Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines (CDDG), utilizzando un form standardizzato³³.

Le attività dei vari working group hanno avuto l'obiettivo di migliorare la clinical utility e di applicare i criteri diagnostici secondo un approccio transculturale, mantenendo inalterata la validità e la riproducibilità delle diagnosi³⁴. L'undicesima revisione dell'ICD è circa cinque volte più corposa della precedente edizione e ha coinvolto oltre 300 specialisti da oltre 55 nazioni di tutto il mondo.

Nel maggio 2011 è stata pubblicata una prima versione definita "alpha version", inizialmente per l'esclusiva consultazione e successivamente per ricevere dei commenti. Nel maggio 2012 è stata resa disponibile online la "beta version", una versione pre-finale, non ancora approvata dall'assemblea generale e pertanto non utilizzabile nella pratica clinica, ma il cui obiettivo era di essere fruibile a tutti gli stakeholder della salute mentale^{35,36}. Infatti, nel periodo della "beta phase" tutti gli stakeholder della salute mentale hanno potuto formulare proposte di modifica, commentare o suggerire integrazioni relative alle categorie diagnostiche incluse³⁷⁻³⁹. Sulla base dei commenti ricevuti, è stata sviluppata la versione definitiva dell'ICD, pubblicata il 18 giugno 2018 e ufficialmente approvata dagli stati membri della WHO durante l'Assemblea Generale del 25 maggio 2019⁴⁰.

Field trial

Durante le varie fasi di aggiornamento del sistema di classificazione dell'ICD, al fine di confermare la validità, la riproducibilità e la clinical utility delle linee-guida proposte, sono state condotte varie tipologie di field trial, quali i "formative field trial", i "case-controlled field trial" e gli "ecological implementation field trial"⁴¹⁻⁴⁴.

I formative trial hanno avuto l'obiettivo di definire la struttura ottimale delle categorie diagnostiche da inserire nella versione rivista del sistema di classificazione⁴⁴. Questi trial sono stati condotti dalla WHO in collaborazione con la World Psychiatric Association (WPA) e l'International Union of Psychological Science (IUPsyS)⁴⁶⁻⁴⁹. In particolare, sono state condotte delle survey volte a valutare le attitudini degli psichiatri e degli psicologi verso i sistemi di classificazione comunemente utilizzati nella pratica clinica ordinaria^{50,51}.

In maniera analoga a quanto accaduto per il DSM-5, durante il processo di revisione dell'ICD è stato proposto di definire una meta-struttura del sistema diagnostico¹⁵⁻¹⁷, sebbene nessuna meta-struttura proposta abbia soddisfatto il criterio dell'utilità clinica.

Nell'ambito dei formative trial è stata condotta una survey internazionale con oltre 1300 psichiatri da tutto il mondo per valutare il modo in cui i clinici concettualizzano la struttura dei disturbi mentali. I risultati della survey hanno permesso di identificare tre dimensioni: 1) spettro internalizzante vs esternalizzante; 2) disturbi con esordio nella fase evolutiva vs disturbi con esordio nella vita adulta; 3) disfunzioni organiche vs alterazioni funzionali⁵².

Nel 2015 è stata creata la WHO's Global Clinical Practice Network (GCPN), una rete internazionale di oltre 12.000 operatori della salute mentale. La GCPN ha l'obiettivo di valutare l'applicabilità e l'utilità clinica delle linee-guida sviluppate dai working group attraverso la conduzione dei case-controlled field study. I risultati di tali trial sono stati utili per promuovere ulteriori revisioni delle linee-guida e del sistema diagnostico⁴⁵.

Infine, gli ecological implementation field trial, condotti presso i centri partecipanti al network dell'International Field Study, hanno avuto l'obiettivo primario di valutare la clinical consistency (reliability) e la clinical utility delle CDDG nella pratica clinica quotidiana^{41,53}.

I risultati degli ecological implementation field trial sono stati molto incoraggianti; infatti, l'introduzione delle clinical guideline è stata valutata positivamente dai clinici, che le considerano facili da utilizzare e comprensibili, con un buon livello di dettaglio e di specificità per formulare la diagnosi. Inoltre, le clinical guideline sono state ritenute particolarmente utili per la diagnosi differenziale tra le condizioni normali e quelle patologiche^{41,42,54}.

Fase finale: traduzione e disseminazione

La fase finale del processo di revisione dell'ICD include la traduzione nelle diverse lingue, la disseminazione a livello internazionale e il training degli operatori all'utilizzo della nuova edizione dell'ICD.

L'ICD-11 entrerà ufficialmente in vigore il primo gennaio 2022, sebbene la WHO sottolinei come «non tutte le nazioni saranno in grado di implementare rapidamente la nuova edizione». Lo sviluppo dell'undicesima edizione dell'ICD ha reso necessario un lavoro di collaborazione tra i membri dell'advisory group e dei working group con gli stati membri della WHO e delle società scientifiche e di categoria. Lo sviluppo delle CDDG dell'ICD-11 ha rappresentato un processo di revisione globale, multidisciplinare e partecipativo mai implementato prima per la classificazione dei disturbi mentali⁵⁴.

PRINCIPALI DIFFERENZE TRA ICD E DSM

L'ICD e il DSM sono stati sviluppati da due istituzioni diverse con obiettivi diversi (Tabella 3). Nel corso delle ultime revisioni, entrambi i sistemi di classificazione hanno cercato di promuovere una reciproca armonizzazione¹⁶. In particolare, la creazione di task force e di board internazionali, con

Sampogna G et al.

Tabella 3. Differenze tra ICD e DSM.

ICD	DSM
Prodotto dall'agenzia per la salute globale delle Nazioni Unite	Prodotto da una singola associazione professionale nazionale
Utilizzato sia a livello nazionale che a livello di politiche sanitarie	Solo per psichiatri
Sviluppo del sistema diagnostico secondo un approccio multidisciplinare e multilingua	Dominato da una prospettiva anglofona/americana
Approvato dall'Assemblea Generale della WHO	Approvato dall'APA Board of Trustees

i rappresentanti di entrambi le associazioni, è un esempio del lavoro di armonizzazione dei due sistemi⁵⁵. Per esempio, nell'ultima edizione del DSM è stata introdotta la WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS) 2.0 al posto della Valutazione Globale del Funzionamento (VGF), sottolineando gli intenti dei curatori di promuovere un'omogeneità nella valutazione del funzionamento psicosociale dei pazienti.

Ciononostante, le differenze tra i due sistemi persistono e riflettono le differenti priorità con cui sono stati sviluppati⁵⁶. In particolare, il DSM è un sistema di classificazione relativo solo ai disturbi mentali, mentre l'ICD include tutte le condizioni patologiche⁵⁷. L'ICD ha come obiettivo il miglioramento della clinical utility delle differenti categorie diagnostiche per poterne migliorare la facilità di utilizzo nella pratica clinica quotidiana e le relative cure fornite ai pazienti^{58,59}. Invece, il DSM nasce prevalentemente con l'obiettivo di essere utilizzato a scopi di ricerca, mantenendo un'organizzazione categoriale e includendo criteri operazionali. Inoltre, nell'ICD-11 sono state introdotte le CDDG. In tali linee-guida viene fornita un'accurata descrizione delle caratteristiche cliniche essenziali di ciascun disturbo, con particolare attenzione ai sintomi che il clinico potrebbe ritrovare con maggior frequenza in tutti i pazienti affetti da quello stesso disturbo. Sebbene nelle CDDG le caratteristiche cliniche essenziali seguano i criteri diagnostici, generalmente non sono indicate delle soglie o un limite minimo di sintomi specifici che debbano essere presenti per poter formulare la diagnosi, a meno che non siano disponibili solide evidenze di ricerca (come nel caso della diagnosi differenziale di depressione rispetto alla tristezza normale). In particolare, la descrizione delle "caratteristiche essenziali" di un disturbo non è formulata per essere considerata come un equivalente dei rigidi criteri diagnostici riportati nel DSM-5. Tale approccio è stato scelto per uniformare la modalità attraverso cui i clinici formulano la diagnosi, all'esercizio del loro giudizio clinico e al fine di migliorare la clinical utility⁵⁴.

Inoltre, tale scelta è orientata a garantire una maggiore flessibilità ai clinici nel processo di formulazione della diagnosi. Infatti, nelle fasi iniziali del processo di revisione dell'ICD-11, una survey internazionale rivolta agli psichiatri e promossa dalla WHO aveva evidenziato come elemento es-

senziale di un sistema di classificazione dei disturbi mentali dovesse essere la flessibilità nell'applicazione dei criteri diagnostici^{51,54}. I field trial hanno confermato sia l'elevata utilità clinica di questo approccio, ma soprattutto che la riproducibilità diagnostica delle linee guida dell'ICD-11 sia soddisfacente come nel caso dell'uso di criteri diagnostici più rigidi e stringenti.

Il linguaggio utilizzato nelle CDDG dell'ICD è molto flessibile al fine di potersi meglio adattare ai diversi contesti culturali presenti in tutto il mondo e si contrappone alla maggiore rigidità dei criteri operazionali presenti nel DSM^{60,61}.

Inoltre, nell'ICD-11 è stato adottato un approccio transgenerazionale (secondo una prospettiva *lifespan*) con l'eliminazione di sottogruppi diagnostici che includono disturbi comportamentali ed emotivi con esordio tipicamente nell'infanzia o nell'adolescenza. Tali disturbi sono stati inseriti nei differenti capitoli dell'ICD sulla base delle specifiche caratteristiche cliniche che condividono con gli altri disturbi, come nel caso del disturbo d'ansia da separazione che è stato introdotto nel capitolo dei disturbi d'ansia e correlati alla paura. Inoltre, le CDDG dell'ICD-11 forniscono indicazioni clinico-diagnostiche per ciascun disturbo in relazione alle presentazioni in età evolutiva così come quelle per la fascia d'età avanzata.

Un'altra differenza significativa tra i due sistemi diagnostici è relativa alla classificazione dei disturbi di personalità. Infatti, nell'ultima revisione dell'ICD, i disturbi di personalità sono classificati lungo un *continuum* con un livello di gravità crescente⁶²⁻⁶⁶. L'eliminazione di un'organizzazione categoriale per i disturbi di personalità è dovuta alla scarsa validità di tale approccio per formulare la diagnosi⁶⁷⁻⁶⁹. Sebbene la task force del DSM-5 per i disturbi di personalità avesse inizialmente proposto un simile cambiamento, con l'introduzione di un approccio dimensionale per i disturbi di personalità, tale modifica non è stata inclusa nella versione finale del manuale in quanto ritenuta troppo complessa⁷⁰. La classificazione dei disturbi di personalità secondo uno spettro di gravità facilita la possibilità di avere dei livelli diagnostici sottosoglia che sono più rappresentativi delle condizioni riscontrate nella pratica clinica.

CONCLUSIONI

I sistemi di classificazione rappresentano degli strumenti essenziali nella pratica clinica per la condivisione delle informazioni e per migliorare i trattamenti disponibili per i pazienti. Una comunicazione ottimale tra i due sistemi è necessaria, valutando i limiti e i punti di forza di ciascuno e accettando l'idea che entrambi possono fornire un contributo essenziale nella difficile sfida di definire una classificazione ottimale dei disturbi mentali⁷¹⁻⁷⁶. La WHO e l'APA nel processo di revisione dei loro rispettivi sistemi diagnostici hanno cercato di migliorarne l'armonizzazione attraverso la promozione di gruppi di lavoro costituiti da esperti internazionali che hanno preso parte sia ai working group del DSM-5 sia all'IAB dell'ICD. Ciononostante, persistono ancora numerose discrepanze tra i due sistemi, che dovranno essere necessariamente prese in considerazione nelle future revisioni di tali sistemi diagnostici.

Il processo di revisione dei sistemi diagnostici in psichiatria: differenze tra ICD-11 e DSM-5

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. History of the DSM. Disponibile su: <https://bit.ly/3lnXAZS> [ultimo accesso 30 novembre 2020].
2. Kirk SA, Kutchins H. The myth of the reliability of DSM. *J Mind Behav* 1994; 15: 71-86.
3. Horwitz AV, Wakefield JC. The Loss of Sadness. How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 1764-5.
4. World Health Organization. www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: APA, 2013.
6. World Health Organization. International Classification of Diseases – 11th version. Disponibile su: <https://bit.ly/37gJdRO> [ultimo accesso 30 novembre 2020].
7. Kupfer DJ, First MB, Regier DA. A Research Agenda for DSM-V, 2002.
8. Tamminga CA, Sirovatka PJ, Darrel MS, Regier A, van Os J. Deconstructing Psychosis Refining the Research Agenda for DSM-V. 2009.
9. Andrews G, Goldberg DP, Krueger RF, et al. Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11: could it improve utility and validity? *Psychol Med* 2009; 39: 1993-2000.
10. Andrews G. Internalizing disorders: the whole is greater than the sum of the parts. *World Psychiatry* 2018; 17: 302-3.
11. Ghaemi SN. After the failure of DSM: clinical research on psychiatric diagnosis. *World Psychiatry* 2018; 17: 301-2.
12. Fulford KWM, Handa A. Categorical and/or continuous? Learning from vascular surgery. *World Psychiatry* 2018; 17: 304-5.
13. Carragher N, Krueger RF, Eaton NR, Slade T. Disorders without borders: current and future directions in the meta-structure of mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015; 50: 339-50.
14. Keyes KM, Eaton NR, Krueger RF, et al. Thought disorder in the meta-structure of psychopathology. *Psychol Med* 2013; 43: 1673-83.
15. Jablensky A. A meta-commentary on the proposal for a meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med* 2009; 39: 2099-103.
16. Wittchen HU, Beesdo K, Gloster AT. A new meta-structure of mental disorders: a helpful step into the future or a harmful step back to the past? *Psychol Med* 2009; 39: 2083-9.
17. First MB. Harmonisation of ICD-11 and DSM-V: opportunities and challenges. *Br J Psychiatry* 2009; 195: 382-90.
18. Sanislow CA. Connecting psychopathology meta-structure and mechanisms. *J Abnorm Psychol* 2016; 125: 1158-65.
19. Iglewicz A, Seay K, Zetumer SD, Zisook S. The removal of the bereavement exclusion in the DSM-5: exploring the evidence. *Curr Psychiatry Rep* 2013; 15: 413.
20. Wakefield JC, Schmitz MF. Recurrence of depression after bereavement-related depression: evidence for the validity of DSM-IV bereavement exclusion from the Epidemiologic Catchment Area Study. *J Nerv Ment Dis* 2012; 200: 480-5.
21. Wakefield JC. The DSM-5 debate over the bereavement exclusion: psychiatric diagnosis and the future of empirically supported treatment. *Clin Psychol Rev* 2013; 33: 825-45.
22. Maj M. "Mixed" depression: drawbacks of DSM-5 (and other) polythetic diagnostic criteria. *J Clin Psychiatry* 2015; 76: e381-2.
23. Maj M. Fixing thresholds along the continuum of depressive states. *Acta Psychiatr Scand* 2014; 129: 459-60.
24. Carpenter WT, van Os J. Should attenuated psychosis syndrome be a DSM-5 diagnosis? *Am J Psychiatry* 2011; 168: 460-3.
25. Corcoran CM, Carrillo F, Fernández-Slezak D, et al. Prediction of psychosis across protocols and risk cohorts using automated language analysis. *World Psychiatry* 2018; 17: 67-75.
26. Corcoran CM. Ethical and Epidemiological Dimensions of Labeling Psychosis Risk. *AMA J Ethics* 2016; 18: 633-42.
27. Davies C, Cipriani A, Ioannidis JPA, et al. Lack of evidence to favor specific preventive interventions in psychosis: a network meta-analysis. *World Psychiatry* 2018; 17: 196-209.
28. Clarke DE, Kuhl EA. DSM-5 cross-cutting symptom measures: a step towards the future of psychiatric care? *World Psychiatry* 2014; 13: 314-6.
29. Regier DA, Narrow WE, Clarke DE, et al. DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *Am J Psychiatry* 2013; 170: 59-70.
30. Stein DJ, Reed GM. Global mental health and psychiatric nosology: DSM-5, ICD-11, and RDoC. *Braz J Psychiatry* 2019; 41: 2.
31. Stein DJ, Reed GM. ICD-11: the importance of a science of psychiatric nosology. *Lancet Psychiatry* 2019; 6: 6-7.
32. Stein DJ, Szatmari P, Gaebel W, et al. Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders in the ICD-11: an international perspective on key changes and controversies. *BMC Med* 2020; 18: 21.
33. First MB, Reed GM, Hyman SE, Saxena S. The development of the ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders. *World Psychiatry* 2015; 14: 82-90.
34. Reed GM, Roberts MC, Keeley J, et al. Mental health professionals' natural taxonomies of mental disorders: implications for the clinical utility of the ICD-11 and the DSM-5. *J Clin Psychol* 2013; 69: 1191-212.
35. Fiorillo A, Luciano M, Del Vecchio V, et al. Priorities for mental health research in Europe: a survey among national stakeholders' associations within the ROAMER project. *World Psychiatry* 2013; 12: 165-70.
36. Priebe S, Miglietta E. Assessment and determinants of patient satisfaction with mental health care. *World Psychiatry* 2019; 18: 30-1.
37. Fuss J, Lemay K, Stein DJ, et al. Public stakeholders' comments on ICD-11 chapters related to mental and sexual health. *World Psychiatry* 2019; 18: 233-5.
38. Gaebel W, Reed GM, Jakob R. Neurocognitive disorders in ICD-11: a new proposal and its outcome. *World Psychiatry* 2019; 18: 232-3.
39. Kraus SW, Krueger RB, Briken P, et al. Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. *World Psychiatry* 2018; 17: 109-10.
40. Pocai B. The ICD-11 has been adopted by the World Health Assembly. *World Psychiatry* 2019; 18: 371-2.
41. Reed GM, Sharan P, Rebello TJ, et al. Clinical utility of ICD 11 diagnostic guidelines for high burden mental disorders: results from mental health settings in 13 countries. *World Psychiatry* 2018; 17: 306-15.
42. Reed GM, Sharan P, Rebello TJ, et al. The ICD-11 developmental field study of reliability of diagnoses of high-burden mental disorders: results among adult patients in mental health settings of 13 countries. *World Psychiatry* 2018; 17: 174-86.
43. Luciano M, Sampogna G, Del Vecchio V, et al. Il field trial italiano dell'ICD-11: riproducibilità tra valutatori nell'uso delle direttive diagnostiche per la schizofrenia e disturbi collegati. *Riv Psichiatr* 2019; 54: 109-14.

Sampogna G et al.

44. Luciano M, Sampogna G, Del Vecchio V, et al. The Italian ICD-11 field trial: clinical utility of diagnostic guidelines for schizophrenia and related disorders. *Int J Ment Health Syst* 2020; 14: 4.
45. Reed GM, First MB, Elena Medina-Mora M, Gureje O, Pike KM, Saxena S. Draft diagnostic guidelines for ICD-11 mental and behavioural disorders available for review and comment. *World Psychiatry* 2016; 15: 112-3.
46. Luciano M. The contribution of the WPA to the production of the ICD-11 chapter on mental, behavioural or neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry* 2018; 17: 239-40.
47. Giallonardo V. ICD-11 sessions within the 18th World Congress of Psychiatry. *World Psychiatry* 2019; 18: 115-6.
48. Sampogna G. ICD-11 - Draft diagnostic guidelines for mental disorders: a report for WPA Membership. *Psychiatr Pol* 2017; 51: 397-406.
49. Sampogna G. ICD-11 symposia at the World Congress of Psychiatry. *World Psychiatry* 2015; 14: 110-2.
50. Reed GM, Mendonça Correia J, Esparza P, Saxena S, Maj M. The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. *World Psychiatry* 2011; 10: 118-31.
51. Evans SC, Reed GM, Roberts MC, et al. Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: results from the WHO IUPsyS global survey. *Int J Psychol* 2013; 48: 177-93.
52. Roberts MC, Reed GM, Medina-Mora ME, et al. A global clinicians' map of mental disorders to improve ICD-11: analysing meta-structure to enhance clinical utility. *Int Rev Psychiatry* 2012; 24: 578-90.
53. Keeley JW, Reed GM, Roberts MC, et al. Developing a science of clinical utility in diagnostic classification systems field study strategies for ICD-11 mental and behavioral disorders. *Am Psychol* 2016; 71: 3-16.
54. Reed GM, First MB, Kogan CS, et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry* 2019; 18: 3-19.
55. Stein DJ, Lund C, Nesse RM. Classification systems in psychiatry: diagnosis and global mental health in the era of DSM-5 and ICD-11. *Curr Opin Psychiatry* 2013; 26: 493-7.
56. Luciano M, Sampogna G, Del Vecchio V, et al. Critiche e prospettive degli attuali sistemi di classificazione in psichiatria: il caso del DSM-5. *Riv Psichiatr* 2016; 51: 116-21.
57. Goldberg SD. Are official psychiatric classification systems for mental disorders suitable for use in primary care? *Br J Gen Pract* 2019; 69: 108-9.
58. Maj M. Why the clinical utility of diagnostic categories in psychiatry is intrinsically limited and how we can use new approaches to complement them. *World Psychiatry* 2018; 17: 121-2.
59. McElroy E, Shevlin M, Murphy S, et al. ICD-11 PTSD and complex PTSD: structural validation using network analysis. *World Psychiatry* 2019; 18: 236-7.
60. Gureje O, Lewis-Fernandez R, Hall BJ, Reed GM. Cultural considerations in the classification of mental disorders: why and how in ICD-11. *BMC Med* 2020; 18: 25.
61. Gureje O, Lewis-Fernandez R, Hall BJ, Reed GM. Systematic inclusion of culture-related information in ICD-11. *World Psychiatry* 2019; 18: 357-8.
62. Tyrer P, Crawford M, Mulder R; ICD-11 Working Group for the Revision of Classification of Personality Disorders. Reclassifying personality disorders. *Lancet* 2011; 377(bach): 1814-5.
63. Tyrer P. Dimensions fit the data, but can clinicians fit the dimensions? *World Psychiatry* 2018; 17: 295-6.
64. Zimmerman M, Morgan TA, Stanton K. The severity of psychiatric disorders. *World Psychiatry* 2018; 17: 258-75.
65. McCabe GA, Widiger TA. A comprehensive comparison of the ICD-11 and DSM-5 section III personality disorder models. *Psychol Assess* 2020; 32: 72-84.
66. Bach B, Kerber A, Aluja A, et al. International Assessment of DSM-5 and ICD-11 Personality Disorder Traits: toward a common nosology in DSM-5.1. *Psychopathology* 2020; 5: 1-10.
67. Widiger TA, Simonsen E. Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *J Pers Disord* 2005; 19: 110-130.
68. Zandersen M, Parnas J. Borderline personality disorder or a disorder within the schizophrenia spectrum? A psychopathological study. *World Psychiatry* 2019; 18: 109-10.
69. Irwin L, Malhi GS. Borderline personality disorder and ICD-11: a chance for change. *Aust N Z J Psychiatry* 2019; 53: 698-700.
70. Skodol AE. Personality disorders in DSM-5. *Annu Rev Clin Psychol* 2012; 8: 317-44.
71. Kendler KS. Classification of psychopathology: conceptual and historical background. *World Psychiatry* 2018; 17: 241-2.
72. Krueger RF, Kotov R, Watson D, et al. Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. *World Psychiatry* 2018; 17: 282-93.
73. Zachar P. Quantitative classification as (re-)descriptive psychopathology. *World Psychiatry* 2018; 17: 294-5.
74. Pingani L, Luciano M, Sampogna G, et al. The crisis in psychiatry: a public health perspective. *Int Rev Psychiatry* 2014; 26: 530-4.
75. Pinna F, Del Vecchio V, Luciano M, et al. Ripensare la pratica psichiatrica: riflessioni sul ruolo della psichiatria nella società moderna. *Riv Psichiatr* 2015; 50: 3-7.
76. First MB, Rebelló TJ, Keeley JW, et al. Do mental health professionals use diagnostic classifications the way we think they do? A global survey. *World Psychiatry* 2018; 17: 187-95.