Appendice 1. Descrizione in estenso degli statement.

Ogni statement è identificato da un codice progressivo: DIA = Diagnosi algologica, VAL = Valutazione e monitoraggio, TER = Terapia farmacologica.

Sezione 1 – DIAGNOSI ALGOLOGICA

Codice	Statement
DIA01	La diagnosi algologica (tipizzazione del dolore: nocicettivo, neuropatico, nociplastico), intesa come valutazione parallela alla diagnosi eziologica, rappresenta un approccio indispensabile nella gestione del paziente con dolore anche in Medicina Generale.
DIA02	La presenza di allodinia nella sospetta sede di lesione rileva la riduzione della soglia dei canali trasduttori del nocicettore periferico, che rappresenta un elemento semeiologico chiave per identificare il dolore nocicettivo infiammatorio dovuto a sensibilizzazione periferica.
DIA03	L'assenza di allodinia rilevata durante la visita di una grande articolazione e la comparsa del dolore solo al carico sono elementi clinici fondamentali per la diagnosi di dolore nocicettivo prevalentemente meccanico-strutturale e per la scelta terapeutica.
DIA04	La presenza di segni negativi del sistema somato-sensoriale (deficit fibre A-beta e/o A-delta e/o fibra C) in un'area di dolore compatibile al territorio di innervazione di un nervo/radice/plesso potenzialmente lesionato non è un criterio fondamentale per il sospetto clinico di dolore neuropatico periferico.
DIA05	L'assenza di segni negativi, ma la presenza di sintomi positivi (es. parestesie) in area di dolore compatibile con un territorio di innervazione (nervo-radice-plesso) orientano verso la sofferenza della struttura nervosa senza interruzione della conduzione nervosa (es. dolore radicolare).
DIA06	Nel dolore nocicettivo infiammatorio, l'allargamento dell'area di dolore con presenza di allodinia dinamico-meccanica allo sfioramento (allodinia secondaria) e/o l'aumentata risposta al pinprick test non rappresentano criteri clinici sufficienti per identificare una sensibilizzazione spinale significativa né per orientare un intervento terapeutico specifico.

Sezione 2 – VALUTAZIONE E MONITORAGGIO

Codice	Statement
VAL01	La visita del paziente nell'ambulatorio del medico di medicina generale è essenziale per poter effettuare diagnosi algologica e si articola in tutti i seguenti step: 1. Disegnare area e valutare la compatibilità con un territorio di innervazione (nervo-radice-plesso); 2. Valutare l'integrità del sistema somato-sensoriale (tocco, pinprick test, freddo, caldo); 3. Ricercare allodinia; 4. Ricercare allodinia secondaria (dinamica-meccanica allo sfioramento); 5. Valutare la coerenza dei 4 punti.
VAL02	La registrazione sistematica della tipologia di dolore cronico secondario (i.e. nocicettivo, meccanico, neuropatico), intensità, tollerabilità e impatto funzionale sulla qualità di vita, con strumenti validati, è indispensabile per guidare e monitorare la terapia del dolore.
VAL03	La condivisione dei casi complessi con il Terapista del dolore di riferimento nella Rete è efficace se basata su: linguaggio comune, criteri di invio condivisi, percorsi di back-referral e monitoraggio continuo attraverso indicatori sintetici di performances condivisi.

Sezione 3 – TERAPIA FARMACOLOGICA

Codice	Statement
TER01	Nel dolore infiammatorio, la terapia combinata di FANS e paracetamolo come prima scelta permette di migliorare l'efficacia della terapia, consentendo la riduzione del dosaggio dei FANS e dei relativi effetti collaterali.
TER02	Nel dolore prevalentemente meccanico-strutturale, il paracetamolo alla dose di 1 g x 3 volte al giorno o anche assunto in via profilattica prima di sforzi articolari importanti) rappresenta un'opzione terapeutica appropriata di prima linea.
TER03	Nell'ambulatorio del Medico di Medicina Generale, nel sospetto di dolore neuropatico, è appropriato iniziare una terapia farmacologica di prima linea (Amitriptilina, Duloxetina, Gabapentin, Pregabalin e Carbamazepina) in attesa della conferma specialistica.
TER04	Nella gestione del dolore persistente e cronico, la valutazione del profilo di sicurezza dei farmaci, considerando le patologie concomitanti e la terapia farmacologica in atto, non deve essere prioritaria.
TER05	Nei pazienti con dolore acuto/cronico e malattia cardiovascolare, renale e rischio di sanguinamento gastrointestinale, in assenza di insufficienza epatica o associate condizioni di rischio (es: alcolismo), il paracetamolo è la terapia di prima scelta eventualmente monitorando la funzionalità epatica.
TER06	Nei pazienti che necessitano di terapia con oppioidi e con moderato-alto rischio di dipendenza (come da test validato in medicina generale), non è necessaria la condivisione della gestione dolore con un Terapista del dolore.
TER07	Nel setting della medicina generale, sia nel dolore nocicettivo che neuropatico in un regime multimodale e controllato, in assenza di efficacia del solo paracetamolo e successivamente delle sue associazioni con oppiodi, è appropriato richiedere la consulenza Specialistica quando il trattamento prevede uno shifting ad oppioidi con dosaggio uguale o superiore a 60 mg/Eq di morfina al giorno.