

# Par-Q+ 2022

---

## Questionario generale di idoneità all'attività fisica

I benefici per la salute di un'attività fisica regolare sono evidenti: sempre più persone dovrebbero praticarla tutti i giorni. Partecipare a un'attività fisica è una buona prevenzione per GRAN PARTE delle persone. Il seguente questionario mostra se è necessario chiedere consiglio al medico di base o a un professionista specializzato in attività fisica prima di aumentare la quantità di esercizio giornaliero.

Domande sulla salute in generale		
<b>Leggete con attenzione le sette domande qui sotto e rispondete schiettamente spuntando la casella.</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1 Il vostro medico vi ha mai detto che avete un disturbo cardiaco? <input type="checkbox"/> o la pressione alta <input type="checkbox"/> ?		
2 Provate un dolore toracico a riposo, durante le attività quotidiane o durante l'attività fisica?		
3 Perdete l'equilibrio perché vi gira la testa o avete perso conoscenza negli ultimi 12 mesi? Rispondete <b>No</b> se le vertigini sono dovute a iperventilazione (anche per intenso esercizio fisico).		
4 Vi è stata mai diagnosticata una patologia cronica (che non sia cardiopatia o ipertensione)? <b>Indicatela qui:</b> _____		
5 State attualmente assumendo farmaci per una patologia cronica? <b>Indicate qui la patologia e i farmaci:</b> _____		
6 Presentate in questo momento (o negli ultimi 12 mesi) un disturbo alle ossa, articolazioni o tessuti molli (muscoli, legamenti o tendini) che peggiora quando fate attività fisica? Rispondete <b>NO</b> se avete avuto il disturbo in passato, ma <b>non limita la vostra attività fisica attuale.</b> <b>Indicate qui il/i disturbo/i:</b> _____		
7 Il vostro medico vi ha mai detto che dovete fare attività fisica solo sotto controllo medico?		

Se avete risposto **NO** a tutte le domande, potete praticare attività fisica.

Firmate la Dichiarazione di partecipazione senza completare le pagine 2 e 3.

- Iniziate a fare più attività fisica: iniziate lentamente e procedete gradualmente.
- Seguite le Linee guida di attività fisica dell'Organizzazione mondiale della sanità ([www.who.it/publications/i/item/9789240015128](http://www.who.it/publications/i/item/9789240015128)).
- Sottoponetevi a una valutazione di salute e benessere fisico.

- Se avete più di 45 anni e NON siete abituati a eseguire esercizi al massimo sforzo, prima di affrontare una maggiore intensità consultate un professionista qualificato.
- Per qualsiasi domanda o dubbio, contattate un professionista qualificato.

## DICHIARAZIONE DI PARTECIPAZIONE

Anche le persone non maggiorenni o che hanno bisogno del consenso di un tutore, genitore o fornitore di assistenza sanitaria, devono firmare questo modulo.

Io sottoscritto ho letto, compreso esattamente e completato il suddetto questionario. Accetto che l'autorizzazione a praticare attività fisica sia valida per un periodo massimo di 12 mesi dalla data della firma e non sia più valida in caso di cambiamento delle condizioni di salute. Concedo all'associazione/centro di benessere/palestra di conservare questo modulo nel loro archivio secondo il diritto alla riservatezza previsto dalla legge.

Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Testimone \_\_\_\_\_

Firma del genitore/tutore/assistente sanitario \_\_\_\_\_

**Se avete risposto SI a una o più domande, completate le pagine 2 e 3.**

### **Rimandate il programma di aumento di attività fisica se:**

- Soffrite di un disturbo temporaneo come raffreddore o febbre: è meglio aspettare finché vi sentite bene.
  - Siete incinta – parlatene con il vostro medico di base, ginecologo o un professionista qualificato in attività fisica e/o completate il programma ePARmed-X+ che trovate nel sito [www.eparmedx.com](http://www.eparmedx.com) prima di aumentare l'esercizio.
  - La salute cambia continuamente: prima di andare avanti con qualsiasi programma di attività fisica parlate con il vostro medico o con un professionista qualificato.
- 

PAGINA 2

## Par-Q+ 2022

---

**Ulteriori domande sulla/e patologia/e in corso**

**1 Siete affetti da artrosi, osteoporosi o mal di schiena?**

Se sono presenti uno o più di questi disturbi, rispondete alle domande 1a-1c, altrimenti passate alla domanda 2.

**1a** Avete difficoltà a controllare il disturbo con farmaci o altre terapie prescritti dal medico? **SI**   
**NO**

(Rispondete **NO** se in questo momento non prendete farmaci o non fate altri trattamenti)

**1b** Soffrite di problemi articolari che provocano dolore, una frattura recente o causata da osteoporosi o tumore, vertebre spostate (p. es. spondilolistesi) e/o spondilolisi/difetto dell'istmo di vertebre lombari o spinali (bassa o alta displasia)?  
**SI**  **NO**

**1c** Avete assunto regolarmente steroidi per via intramuscolare o orale per più di tre mesi? **SI**   
**NO**

---

## **2 In questo momento siete affetti da una qualsiasi forma di tumore?**

Se è presente una o più di queste patologie, rispondete alle domande 2a-2b, altrimenti passate alla domanda 3.

**2a** Vi è stata fatta una diagnosi di: cancro del polmone/broncogeno, mieloma multiplo (cancro delle plasmacellule), della testa e/o del collo? **SI**   
**NO**

**2b** Siete attualmente in terapia oncologica (p.es. chemioterapia o radioterapia)? **SI**  **NO**

---

## **3 Siete soggetti a una patologia cardiovascolare o cardiaca (coronaropatia, scompenso cardiaco, aritmia conclamata)?**

Se è presente una o più di queste patologie, rispondete alle domande 3a-3d, altrimenti passate alla domanda 4.

**3a** Avete difficoltà a controllare il disturbo con farmaci o altre terapie prescritti dal medico? **SI**   
**NO**

(Rispondete **NO** se in questo momento non prendete farmaci o non fate altri trattamenti)

**3b** Siete soggetti a un'aritmia che richiede una gestione medica (p. es. fibrillazione atriale, battiti ectopici ventricolari)?  
**SI**  **NO**

**3c** Siete affetti da scompenso cardiaco cronico? **SI**  **NO**

**3d** Vi è stata diagnosticata una coronaropatia (patologia cardiovascolare) e negli ultimi due mesi non avete svolto una regolare attività fisica? **SI**   
**NO**

---

## **4 Attualmente la vostra pressione arteriosa è alta?**

Se è presente questa patologia, rispondete alle domande 4a-4b, altrimenti passate alla domanda 5.

**4a** Avete difficoltà a controllare il disturbo con farmaci o altre terapie prescritti dal medico? **SI**   
**NO**

(Rispondete **NO** se in questo momento non prendete farmaci o non fate altri trattamenti)

**4b** La vostra pressione arteriosa a riposo è uguale o superiore a 160/90 mm/Hg con o senza farmaci?

(Rispondete **SI** se non ne conoscete il valore) **SI**   
**NO**

---

**5 Avete una qualsiasi forma di disturbo metabolico (diabete di tipo 1, diabete di tipo 2, prediabete)?**

Se è presente una o più di queste patologie, rispondete alle domande 5a-5e, altrimenti passate alla domanda 6.

**5a** Avete spesso difficoltà a controllare la glicemia con la dieta, farmaci o altre terapie prescritte dal medico? **SI**  **NO**

**5b** Soffrite spesso di segni e sintomi di ipoglicemia (basso livello di zuccheri nel sangue) dopo esercizio fisico e/o durante le attività quotidiane? Sono segni di ipoglicemia: tremori, nervosismo, irritabilità, sudorazione anomala, vertigini o confusione, difficoltà del linguaggio o sonnolenza. **SI**  **NO**

**5c** Avete segni o sintomi di complicanze del diabete, come malattie cardiache o vascolari e/o complicanze oculari, renali, o alterazioni di piedi e dita? **SI**  **NO**

**5d** Avete altre patologie del metabolismo (come diabete gravidico, insufficienza renale cronica o disturbi epatici)? **SI**  **NO**

**5e** In un prossimo futuro avete intenzione di dedicarvi a un'attività fisica particolarmente intensa rispetto a quella che praticate di solito? **SI**  **NO**

**PAGINA 3**

## Par-Q + 2022

---

**6 Avete disturbi mentali o dell'apprendimento?** Sono compresi: Alzheimer, demenza senile, depressione, disturbi d'ansia, disturbi alimentari, psicosi, disabilità intellettiva, sindrome di Down.

Se è presente una o più di queste patologie, rispondete alle domande 6a-6b, altrimenti passate alla domanda 7.

**6a** Avete difficoltà a controllare il disturbo con farmaci o altre terapie prescritti dal medico? **SI**   
**NO**

**6b** Avete una sindrome di Down e problemi nervosi o muscolari alla schiena? **SI**  **NO**

---

**7** Soffrite di una malattia respiratori cronica (broncopneumopatia cronica ostruttiva, asma, ipertensione arteriosa polmonare)?

Se è presente una o più di queste patologie, rispondete alle domande 7a-7d, altrimenti passate alla domanda 8.

**7a** Avete difficoltà a controllare il disturbo con farmaci o altre terapie prescritti dal medico? (Rispondete **NO** se in questo momento non assumete farmaci né siete sotto trattamenti di altro genere) **SI**   
**NO**

**7b** Il vostro medico vi ha mai detto che a riposo o durante esercizio fisico il vostro livello di ossigenazione del sangue è basso e che avete bisogno di una terapia supplementare di ossigeno? **SI**   
**NO**

**7c** Se soffrite di asma, attualmente avete sintomi come costrizione toracica, dispnea, respirazione affannosa, tosse persistente (più di due giorni a settimana), o nell'ultima settimana avete usato più di due volte farmaci broncodilatatori? **SI**   
**NO**

**7d** Il vostro medico vi ha mai detto che avete un'ipertensione polmonare? **SI**   
**NO**

---

**8** Avete una lesione del midollo spinale (per es. tetraplegia o paraplegia) ?

Se è presente una o più di queste patologie, rispondete alle domande 8a-8c, altrimenti passate alla domanda 9.

**8a** Avete difficoltà a controllare il disturbo con farmaci o altre terapie prescritti dal medico? (Rispondete **NO** se in questo momento non assumete farmaci né siete sotto trattamenti di altro genere) **SI**   
**NO**

**8b** Vi capita comunemente di avere una pressione arteriosa a riposo talmente bassa da provocare vertigini, stordimento e/o svenimenti? **SI**  **NO**

**8c** Il vostro medico vi ha diagnosticato improvvisi accessi ipertensivi parossistici (disriflessia autonómica)? **SI**  **NO**

---

**9** Avete mai avuto un ictus (Attacco ischemico transitorio TIA o accidente cerebrovascolare)?

Se è presente una o più di queste patologie, rispondete alle domande 9a-9c, altrimenti passate alla domanda 10.

**9a** Avete difficoltà a controllare il disturbo con farmaci o altre terapie prescritti dal medico?

(Rispondete **NO** se in questo momento non assumete farmaci né siete sotto trattamenti di altro genere) **SI**

**NO**

**9b** Avete problemi di deambulazione o mobilità? **SI**  **NO**

**9c** Negli ultimi sei mesi avete subito un ictus o un indebolimento di nervi o muscoli? **SI**  **NO**

---

**10** Siete soggetti ad altre patologie non elencate sopra o ne avete più di una?

Se presentate altre patologia, rispondete alle domande 10a-10c, altrimenti leggete le raccomandazioni a pagina 4.

**10a** Negli ultimi 12 mesi, avete mai sofferto di perdita di sensi, svenimenti o perdita di conoscenza dopo un trauma cranico o vi è stata diagnosticata una commozione cerebrale?

**SI**  **NO**

**10b** Avete un disturbo non elencato sopra (p. es. epilessia, patologie neurologiche, problemi renali)?

**SI**  **NO**

**10c** Siete affetti da due o più patologie?

**SI**  **NO**

Elencate qui quali \_\_\_\_\_

E quali farmaci assumete \_\_\_\_\_

A pagina 4 trovate consigli sulle vostre attuali patologie e la Dichiarazione di partecipazione da firmare.

# Par-Q+ 2022

---

Se avete risposto **NO** a tutte le domande sulle patologie in corso (pagg. 2 e 3), siete pronti a praticare un'attività fisica più intensa e regolare. Firmate quindi la dichiarazione di partecipazione qui sotto:

- Si consiglia di consultare un professionista qualificato in esercizio fisico per svolgere in sicurezza un programma di attività efficace adatto alle vostre esigenze.
  - Iniziate lentamente e continuate gradualmente con esercizi di intensità bassa-moderata, (aerobici e di rafforzamento muscolare) per 20-60 minuti 3-5 volte a settimana.
  - Man mano che andate avanti, dovrete raggiungere 150 minuti o più di attività fisica moderata a settimana.
  - Se avete più di 45 anni e **NON** siete abituati a eseguire esercizi al massimo sforzo, prima di affrontare questa intensità consultate un professionista qualificato.
- 

Se avete risposto **SI** a **una o più domande** sulle patologie in corso: informatevi meglio su un'eventuale intensificazione dell'attività fisica o sottoponetevi a una valutazione della vostra forma fisica.

**Rimandate il programma di aumento di attività fisica se:**

- Soffrite di un disturbo temporaneo come raffreddore o febbre: è meglio aspettare finché vi sentite bene.
  - Siete incinta – parlatene con il vostro medico di base, il vostro ginecologo o un professionista qualificato
  - La salute cambia continuamente: prima di andare avanti con qualsiasi programma di attività fisica parlate con il vostro medico o con un professionista qualificato in attività fisica.
- 
- Si consiglia di fotocopiare il programma PAR-Q+. Il questionario va compilato interamente: non sono permesse modifiche.
  - Gli autori, le organizzazioni che collaborano con il PAR-Q+ e i loro rappresentanti non si assumono alcuna responsabilità su chi pratica attività fisica e/o usa i programmi PAR-Q+ o ePARmed-X+. Per qualsiasi dubbio, prima di iniziare un'attività fisica consultate il vostro medico.
- 

## DICHIARAZIONE DI PARTECIPAZIONE

- Tutti coloro che hanno completato il PAR-Q+ devono leggere e firmare la dichiarazione sotto.
- Anche le persone non maggiorenni o che hanno bisogno del consenso di un tutore, genitore o fornitore di assistenza sanitaria, devono firmare questo modulo.

Io sottoscritto ho letto, compreso esattamente e completato il suddetto questionario.  
Riconosco che l'autorizzazione a praticare attività fisica è valida per un periodo massimo di 12 mesi dalla data della firma e non è più valida in caso di cambiamento delle condizioni di salute. Concedo all'associazione/centro di benessere/palestra di conservare questo modulo nei loro archivi secondo il diritto alla riservatezza previsto dalla legge.

Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Testimone \_\_\_\_\_

Firma del genitore/tutore/assistente sanitario \_\_\_\_\_

Per ulteriori informazioni ecc.