

## QUESTIONARIO PARTECIPANTI

### VdA\_Genomics – Studio del genoma della popolazione della Regione Valle d'Aosta

**Codice univoco del partecipante:** \_\_\_\_\_

#### A. Origine geografica e anamnesi familiare

|   |   |
|---|---|
| Origine continentale  | <input type="checkbox"/> europeo<br><input type="checkbox"/> asiatico<br><input type="checkbox"/> africano<br><input type="checkbox"/> nativo americano<br><input type="checkbox"/> oceania/pacifico<br><input type="checkbox"/> misto (indicando i diversi continenti) |
| Ha ascendenti originari della Valle d'Aosta?  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no   |
| Se sì, indicare il numero di nonni originari della Valle d'Aosta  | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4   |
| Indicare il comune di nascita oppure, in mancanza di questa informazione, la vallata (es. Val di Gressoney, Val Veny etc)<br>In caso di origine non valdostana, indicare la Regione o lo stato di nascita |   |
| • Nonno paterno   |   |
| • Nonna paterna   |   |
| • Nonno materno   |   |
| • Nonna materna   |   |
| I suoi genitori sono consanguinei?  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no   |
| Se sì, indicare il grado di parentela   | <input type="checkbox"/> Cugini primi<br><input type="checkbox"/> Cugini secondi<br><input type="checkbox"/> Altra consanguineità (specificare): _____  |
| Indicare il numero di fratelli:   |   |
| Indicare il numero di sorelle:  |   |
| Esistono malattie che ricorrono nella sua famiglia in più componenti (almeno 2) consanguinei tra loro?  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no   |
| Se sì, indicare la patologia e i componenti familiari affetti:  |   |

#### Rispondere alle seguenti domande relative al familiare indicato:

| <b>PADRE</b>   |   |
|--|---|
| Al momento della compilazione del questionario, suo padre è in vita? | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| Se sì, indicarne l'età:  |   |
| Se no, indicarne:  |   |
| • Età al momento del decesso:  |   |
| • Causa del decesso:   |   |
| Quanti fratelli ha o aveva?  |   |

|  |   |
|--|---|
| Quante sorelle ha o aveva?   |   |
| È o era affetto da   |   |
| • Malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie infettive, tropicali, tubercolosi   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici                           | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie respiratorie  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie renali  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie del sangue o della coagulazione   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie neoplastiche (tumori)   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie oncoematologiche come leucemie, linfomi, gravi forme di anemia, piastrinopenie, mielodisplasie  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie dermatologiche  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie ginecologiche   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie del Neurosviluppo (ritardo mentale, deficit apprendimento, disturbi del comportamento, autismo) | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Diabete  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |

|   |   |
|---|---|
| <b>MADRE</b>  |   |
| Al momento della compilazione del questionario, sua madre è in vita?                                      | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| Se sì, indicarne l'età:   |   |
| Se no, indicarne:   |   |
| • Età al momento del decesso:   |   |
| • Causa del decesso:  |   |
| Quanti fratelli ha o aveva?   |   |
| Quante sorelle ha o aveva?  |   |
| È o era affetto da:   |   |
| • Malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie infettive, tropicali, tubercolosi  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici                          | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie respiratorie   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie renali   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie del sangue o della coagulazione  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie neoplastiche (tumori)  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie oncoematologiche come leucemie, linfomi, gravi forme di anemia, piastrinopenie, mielodisplasie | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie dermatologiche   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie ginecologiche  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Diabete   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |

|   |   |
|---|---|
| <b>NONNO PATERNO</b>  |   |
| Al momento della compilazione del questionario, il suo nonno paterno è in vita? | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| Se sì, indicarne l'età:   |   |
| Se no, indicarne:   |   |

|   |   |
|---|---|
| • Età al momento del decesso:   |   |
| • Causa del decesso:  |   |
| Quanti fratelli ha o aveva?   |   |
| Quante sorelle ha o aveva?  |   |
| È o era affetto da:   |   |
| • Malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie infettive, tropicali, tubercolosi  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici                          | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie respiratorie   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie renali   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie del sangue o della coagulazione  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie neoplastiche (tumori)  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie oncoematologiche come leucemie, linfomi, gravi forme di anemia, piastrinopenie, mielodisplasie | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie dermatologiche   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie ginecologiche  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Diabete   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |

|   |   |
|---|---|
| <b>NONNA PATERNA</b>  |   |
| Al momento della compilazione del questionario, la sua nonna paterna è in vita?                           | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| Se sì, indicarne l'età:   |   |
| Se no, indicarne:   |   |
| • Età al momento del decesso:   |   |
| • Causa del decesso:  |   |
| Quanti fratelli ha o aveva?   |   |
| Quante sorelle ha o aveva?  |   |
| È o era affetto da:   |   |
| • Malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie infettive, tropicali, tubercolosi  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici                          | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie respiratorie   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie renali   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie del sangue o della coagulazione  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie neoplastiche (tumori)  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie oncoematologiche come leucemie, linfomi, gravi forme di anemia, piastrinopenie, mielodisplasie | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie dermatologiche   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie ginecologiche  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Diabete   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |

|   |   |
|---|---|
| <b>NONNO MATERNO</b>  |   |
| Al momento della compilazione del questionario, il suo nonno materno è in vita? | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| Se sì, indicarne l'età:   |   |

|   |   |
|---|---|
| Se no, indicarne:   |   |
| • Età al momento del decesso:   |   |
| • Causa del decesso:  |   |
| Quanti fratelli ha o aveva?   |   |
| Quante sorelle ha o aveva?  |   |
| È o era affetto da:   |   |
| • Malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie infettive, tropicali, tubercolosi  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici                          | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie respiratorie   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie renali   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie del sangue o della coagulazione  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie neoplastiche (tumori)  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie oncoematologiche come leucemie, linfomi, gravi forme di anemia, piastrinopenie, mielodisplasie | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie dermatologiche   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie ginecologiche  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Diabete   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |

|   |   |
|---|---|
| <b>NONNA MATERNA</b>  |   |
| Al momento della compilazione del questionario, sua nonna materna è in vita?                              | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| Se sì, indicarne l'età:   |   |
| Se no, indicarne:   |   |
| • Età al momento del decesso:   |   |
| • Causa del decesso:  |   |
| Quanti fratelli ha o aveva?   |   |
| Quante sorelle ha o aveva?  |   |
| È o era affetto da:   |   |
| • Malattie autoimmuni, reumatiche, osteoarticolari  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie infettive, tropicali, tubercolosi  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie neurologiche, svenimenti ricorrenti, convulsioni, attacchi epilettici                          | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie respiratorie   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie gastrointestinali, malattie del fegato, ittero   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie renali   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie del sangue o della coagulazione  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie neoplastiche (tumori)  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie oncoematologiche come leucemie, linfomi, gravi forme di anemia, piastrinopenie, mielodisplasie | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie dermatologiche   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Malattie ginecologiche  | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |
| • Diabete   | <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no |

## B. Questionario Internazionale sull'Attività Fisica (International Physical Activity Questionnaire) – VERSIONE BREVE

Siamo interessati a conoscere i tipi di attività fisica che le persone fanno nella vita quotidiana. Le domande riguarderanno il tempo che tu hai trascorso in attività fisiche negli **ultimi sette giorni**. Cortesemente, rispondi ad ogni domanda anche se non ti consideri una persona attiva. Pensa alle attività svolte al lavoro, a casa e in giardino, per spostarti da un luogo all'altro e nel tuo tempo libero (esercizio fisico o sport).

Pensa a tutte le attività **vigorese**, energiche che hai svolto negli **ultimi sette giorni**.

Per attività fisiche **vigorese** intendiamo quelle che richiedono uno sforzo fisico duro e che fanno respirare con un ritmo molto più frequente rispetto al normale.

Fai riferimento alle attività fisiche **vigorese** che hai svolto per almeno 10 minuti consecutivi.

**1. Durante gli ultimi sette giorni, quanti giorni hai svolto attività fisica vigorosa, come sollevare oggetti pesanti, zappare, fare aerobica, o pedalare in bicicletta ad una certa velocità?**

N. \_\_\_\_\_ giorni per settimana

Nessuna attività fisica vigorosa ----- → Vai alla domanda 3

**2. In uno di questi giorni quanto tempo hai svolto attività fisiche vigorese?**

\_\_\_\_\_ minuti complessivi per giorno (per es. 1 ora =60 minuti)

Non so/ non sono sicuro/a

Pensa a tutte quelle attività **moderate** che hai svolto negli **ultimi sette giorni**.

Per attività **moderate** intendiamo quelle che richiedono uno sforzo fisico contenuto e che fanno respirare con un ritmo un po' più frequente rispetto al normale.

Fai riferimento alle attività fisiche che hai svolto per almeno 10 minuti consecutivi.

**3. Durante gli ultimi sette giorni, quanti giorni hai svolto attività fisica moderata, come portare pesi leggeri, andare in bicicletta ad un ritmo regolare oppure giocare il doppio a tennis? Non includere il camminare.**

N. \_\_\_\_\_ giorni per settimana

Nessuna attività fisica moderata----- → Vai alla domanda 5

**4. In uno di questi giorni quanto tempo hai trascorso in attività fisica moderata?**

\_\_\_\_\_ minuti complessivi per giorno (per es. 1,5 ore =90 minuti)

Non so / non sono sicuro/a

Pensa al tempo che hai trascorso **camminando** negli **ultimi sette giorni**.

Includi il tempo trascorso camminando sia al lavoro, a casa, in generale nello spostarti da un luogo ad un altro e in qualsiasi altro cammino fatto per divertimento, sport, esercizio fisico o passatempo.

**5. Durante gli ultimi sette giorni, in quanti giorni hai camminato per almeno 10 minuti di seguito?**

N. \_\_\_\_\_ giorni per settimana

Nessuno ----- → Vai alla domanda 7

**6. In uno di questi giorni quanto tempo hai trascorso in camminando mediamente in totale?**

\_\_\_\_\_ minuti complessivi per giorno (per es. 30 minuti per andare a lavoro e 15 minuti per a fare la spesa=45 minuti)

Non so / non sono sicuro/a

L'ultima domanda riguarda il tempo trascorso stando **seduto** dal lunedì al venerdì negli **ultimi sette giorni**.

Includi il tempo in cui rimani seduto a casa, al lavoro e durante il tempo libero.

Considera il tempo trascorso seduto alla scrivania, nel far visita ad amici, leggendo, o seduto/a o sdraiato/per guardare la televisione.

**7. Durante gli ultimi sette giorni, mediamente al giorno quanto tempo hai trascorso seduto?**

\_\_\_\_\_minuti complessivi per giorno (per es. 2 ore al giorno =120 minuti)

Non so / non sono sicuro/a

Fonte: Mannocci A, Di Thiene D, Del Cimmuto A, Masala D, Boccia A, De Vito E, La Torre G. International Physical Activity Questionnaire: validation and assessment in an Italian sample. Ital J Public Health 2010; 7(4):369-76.

### C. Questionario sul sonno, i ritmi circadiani e l'umore (Sleep, circadian rhythms and mood survey)

|  | Fortemente in disaccordo | In disaccordo | Leggermente in disaccordo | Leggermente d'accordo | D'accordo | Fortemente d'accordo |
|--|--------------------------|---------------|---------------------------|-----------------------|-----------|----------------------|
| 1. Dormo profondamente tutta la notte  |                          |               |                           |                       |           |                      |
| 2. La gente parla di "gente mattiniera" e "gente serale", io sono una persona mattiniera             |                          |               |                           |                       |           |                      |
| 3. Ho perso interesse per cose che solitamente mi piacevano  |                          |               |                           |                       |           |                      |
| 4. Sono molto stanco alle 23:00  |                          |               |                           |                       |           |                      |
| 5. Riesco a ridere e vedere il lato divertente delle cose  |                          |               |                           |                       |           |                      |
| 6. Mi sveglio sentendomi riposato, come se avessi dormito abbastanza                                 |                          |               |                           |                       |           |                      |
| 7. Tutto ciò che voglio fare è piangere  |                          |               |                           |                       |           |                      |
| 8. Dormo le ore di sonno di cui ho bisogno   |                          |               |                           |                       |           |                      |
| 9. Tutto sta andando di male in peggio   |                          |               |                           |                       |           |                      |
| 10. Mi sveglio almeno 2 ore dopo in un giorno libero rispetto ad un giorno lavorativo                |                          |               |                           |                       |           |                      |
| 11. Lavoro in modo più efficiente prima di mezzogiorno   |                          |               |                           |                       |           |                      |
| 12. Se dormissi meglio la notte, la mia vita sarebbe drasticamente diversa                           |                          |               |                           |                       |           |                      |
| 13. Non posso lasciare andare le cose, rimugino molto  |                          |               |                           |                       |           |                      |
| 14. Svegliarsi alle 7 del mattino o prima funziona molto bene per il mio orologio biologico naturale |                          |               |                           |                       |           |                      |
| 15. Mi addormento entro 30 minuti dal tentativo di dormire   |                          |               |                           |                       |           |                      |

## D. BIG FIVE INVENTORY

Di seguito trova elencate delle caratteristiche che possono riguardarla o meno.

Per esempio, è d'accordo di essere una persona a cui piace passare del tempo con gli altri?

Per favore scriva un numero a lato di ogni affermazione che indichi quanto Lei è d'accordo o in disaccordo con quell'affermazione.

1. In disaccordo fortemente
2. Un po' in disaccordo
3. Né d'accordo né in disaccordo
4. Un po' d'accordo
5. D'accordo fortemente

Io mi vedo come una persona che....

|     |   |  |
|-----|---|--|
| 1.  | È loquace                                       |  |
| 2.  | Tende a trovare da ridire sugli altri           |  |
| 3.  | Lavora in modo accurato                         |  |
| 4.  | È depressa, triste                              |  |
| 5.  | È originale, propone idee nuove                 |  |
| 6.  | È riservata                                     |  |
| 7.  | È premurosa ed altruista con gli altri          |  |
| 8.  | Può essere piuttosto sbadata                    |  |
| 9.  | È rilassata, gestisce bene lo stress            |  |
| 10. | Ha curiosità in molti ambiti diversi            |  |
| 11. | È piena di energia                              |  |
| 12. | Attacca briga con gli altri                     |  |
| 13. | È un lavoratore affidabile                      |  |
| 14. | Può essere tesa                                 |  |
| 15. | È ingegnosa, un pensatore profondo              |  |
| 16. | Genera molto entusiasmo                         |  |
| 17. | Per natura tende a perdonare                    |  |
| 18. | Tende ad essere disorganizzata                  |  |
| 19. | Si preoccupa molto                              |  |
| 20. | Ha un'immaginazione attiva                      |  |
| 21. | Tende ad essere taciturna                       |  |
| 22. | Di solito si fida                               |  |
| 23. | Tende ad essere pigra                           |  |
| 24. | È emotivamente stabile, non si turba facilmente |  |
| 25. | È inventiva                                     |  |
| 26. | Ha una personalità energica                     |  |
| 27. | Può essere fredda ed emotivamente distaccata    |  |
| 28. | Persevera finché il compito è terminato         |  |
| 29. | Può essere lunatica                             |  |
| 30. | Apprezza le esperienze artistiche, estetiche    |  |
| 31. | È qualche volta timida, inibita                 |  |

|     |   |  |
|-----|---|--|
| 32. | È premurosa e gentile pressoché con tutti                           |  |
| 33. | Fa le cose efficientemente  |  |
| 34. | Rimane calma nelle situazioni tese                                  |  |
| 35. | Preferisce un lavoro che sia di routine                             |  |
| 36. | È estroversa, socievole   |  |
| 37. | È qualche volta scortese con gli altri                              |  |
| 38. | Fa dei piani e li porta a termine                                   |  |
| 39. | Diventa facilmente apprensiva                                       |  |
| 40. | Ama riflettere, giocare con le idee                                 |  |
| 41. | Ha pochi interessi artistici  |  |
| 42. | Ama cooperare con gli altri   |  |
| 43. | È facilmente distratta  |  |
| 44. | Ha una sensibilità raffinata per l'arte, la musica o la letteratura |  |

<sup>1</sup> COPYRIGHT© 1991 PROFESSOR OLIVER P. JOHN, PSYCHOLOGY DEPARTMENT, UNIVERSITY OF CALIFORNIA, BERKELEY.

Traduzione Italiana autorizzata a cura di Deborah Donati & Alessandro Ubbiali.

Servizio di Psicologia Clinica e Psicoterapia (Direttore: Prof. Cesare Maffei) - H San Raffaele Turro Via Stamira d'Ancona 20, 20127 Milano – Facoltà di Psicologia Università Vita-Salute San Raffaele – Milano

**E. Questionario di preferenza per alimenti e bevande (IFAMILY)**

**Istruzioni per la compilazione**

|   |  |
|---|--|
| <p>Il questionario contiene domande e affermazioni cui rispondere apponendo una "x" nel cerchietto. Per piacere, indica una sola risposta a meno che non sia richiesto di darne di più.</p> |   |
| <p>Se desideri correggere una risposta che hai dato, cancella chiaramente la risposta sbagliata e metti una "x" su quella esatta.</p>   | <br> |

Indica, per piacere, il tuo gradimento per ciascuno degli alimenti o bevande indicate di seguito. Metti, per piacere una "x" in corrispondenza dello smile che corrisponde al tuo grado di preferenza. Se troverai alimenti o bevande che non hai mai assaggiato, che non conosci o che non sapresti dire quanto ti piacciono, metti la "X" in corrispondenza della colonna "mai provato/non so".

<sup>1</sup> COPYRIGHT© 1991 PROFESSOR OLIVER P. JOHN, PSYCHOLOGY DEPARTMENT, UNIVERSITY OF CALIFORNIA, BERKELEY.

Traduzione Italiana autorizzata a cura di Deborah Donati & Alessandro Ubbiali.

Servizio di Psicologia Clinica e Psicoterapia (Direttore: Prof. Cesare Maffei) - H San Raffaele Turro Via Stamira d'Ancona 20, 20127 Milano – Facoltà di Psicologia Università Vita-Salute San Raffaele – Milano

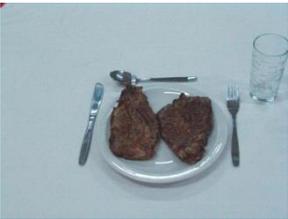
|  |      | Mai provato/<br>Non so  |
|--|--|-------------------------|
| <p>Broccoli</p>                 | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Cavolo rosso</p>             | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Pane integrale</p>         | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Caffè(senza zucchero)</p>  | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Cappuccino dolce</p>       | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |

|   |      | Mai provato/<br>Non so  |
|---|--|-------------------------|
| <p>Lasagne</p>                 | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Cavoletti di Bruxelles</p>  | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Spinaci</p>               | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Asparagi</p>              | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Salsa piccante</p>        | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |

|  |      | Mai provato/<br>Non so  |
|--|--|-------------------------|
| <p>Lattuga</p>      | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Birra</p>        | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Pompelmo</p>   | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Formaggio</p>  | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Panna</p>      | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |

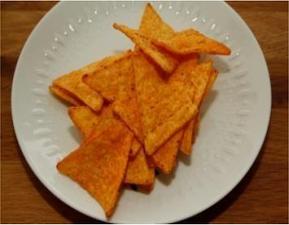
|  |      | Mai provato/<br>Non so  |
|--|--|-------------------------|
| <p>Burro</p>              | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Maionese</p>           | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Latte intero</p>     | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Latte scremato</p>   | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Purea di patate</p>  | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |

|   |      | Mai provato/<br>Non so  |
|---|--|-------------------------|
| <p>Hamburger</p>     | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Pollo fritto</p>  | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Salsiccia</p>   | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Hot Dog</p>     | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |

|  |      | Mai provato/<br>Non so  |
|--|--|-------------------------|
| <p>Avocado</p>        | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Bistecca</p>       | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Zuppa/brodo</p>  | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Olive</p>        | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Feta</p>         | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |

|   |      | Mai provato/<br>Non so  |
|---|--|-------------------------|
| <p>Salame</p>              | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Sale</p>                | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Arachidi salate</p>   | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Pistacchi</p>         | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Salatini a stick</p>  | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |

|  |      | Mai provato/<br>Non so  |
|--|--|-------------------------|
| <p>Biscotti salati</p>      | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Patatine fritte</p>      | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Patatine in busta</p>  | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Kebab</p>              | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |

|   |      | Mai provato/<br>Non so  |
|---|--|-------------------------|
| <p>Nachos</p>        | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Banana</p>        | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Limonata</p>    | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Cola</p>        | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Cola light</p>  | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |

|   |      | Mai provato/<br>Non so  |
|---|--|-------------------------|
| <p>Cornflakes/cereali</p>      | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Cereali con cioccolato</p>  | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Caramelle gomgnose</p>    | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Cioccolato al latte</p>   | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Cioccolato fondente</p>   | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |

|   |      | Mai provato/<br>Non so  |
|---|--|-------------------------|
| <p>Yogurt alla frutta</p>  | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Yogurt bianco</p>      | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Succo di frutta</p>   | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Acqua</p>             | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |

|   |      | Mai provato/<br>Non so  |
|---|--|-------------------------|
| <p>Budino al cioccolato</p>  | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Bombolone</p>             | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Gelato</p>              | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Tè freddo</p>           | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Marmellata</p>          | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |

|   |      | Mai provato/<br>Non so  |
|---|--|-------------------------|
| <p>Miele</p>                     | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Cornetto al cioccolato</p>    | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Cornetto vuoto</p>          | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Cioccolato spalmabile</p>   | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Barretta di cioccolato</p>  | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |

|  |      | Mai provato/<br>Non so  |
|--|--|-------------------------|
| <p>Torta con panna</p>  | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Vino bianco</p>      | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Vino rosso</p>     | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Amaro</p>          | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Superalcolico</p>  | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |

|   |      | Mai provato/<br>Non so  |
|---|--|-------------------------|
| <p>Birra chiara</p>  | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |
| <p>Birra scura</p>  | <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5  | <input type="radio"/> 7 |