

AZIENDA USL DI FERRARA - DISTRETTO _____

Unità Operativa Nuclei di Cure Primarie
(Direttore: _____)

MODULO ORGANIZZATIVO ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
(Responsabile - ROAD: _____)

PROPOSTA DI ATTIVAZIONE
SCHEMA MODULARE DEGLI ACCESSI AL DOMICILIO

A NNO _____ N _____

ADI1 ADI2 ADI3

DATI ANAGRAFICI

COGNOME _____ NOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA ___/___/___ _____ SESSO: 1) M 2) F

DOMICILIO DI ASSISTENZA _____

Telefono _____ Codice Fiscale _____ Codifica Esenzione _____

SEGNALAZIONE Paziente/Famiglia , RSA , Hospice , Ospedale/Dimissione Protetta ,
Servizi Sociali , Altri _____

LEADER

COGNOME _____ NOME _____

Parentela _____ Telefono _____ Vive col Paziente Si No

CARE GIVER

COGNOME _____ NOME _____

Parentela _____ Telefono _____

RESPONSABILITÀ TERAPEUTICA

MEDICO DI FAMIGLIA Dr. _____ CODICE REGIONALE _____

RESPONSABILITÀ ORGANIZZATIVA DEL CASO

SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE SERVIZIO SOCIALE

ALLERGIE _____

MARKERS MALATTIE INFETTIVE HBV , HCV , HIV , LUE ,

COGNOME _____ NOME _____

MALATTIE NON INVALIDANTI MA CON NECESSITÀ DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATA

ADI 1A

<u>MOTIVO DELL' IMPOSSIBILITÀ AD ACCEDERE ALLO STUDIO DEL MMG</u>	<u>MALATTIA/E CON NECESSITÀ DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATA</u>
<p><input type="checkbox"/> BARRIERE ARCHITETTONICHE</p> <p><input type="checkbox"/> MALATTIA INVALIDANTE CHE NON NECESSITA DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATA CON ADL _____ SPMSQ _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>1) _____</p> <p>_____</p> <p>2) _____</p> <p>_____</p> <p>3) _____</p> <p>_____</p> <p>4) _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>ICD IX _____.</p>

MALATTIE INVALIDANTI CON NECESSITÀ DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATA

ADI 1B

I MALATTIA INVALIDANTE STABILIZZATA CON KPS _____

ICD IX _____.

ADI 2

I MALATTIA INVALIDANTE NON STABILIZZATA CON KPS _____

ICD IX _____.

ADI 3

I MALATTIA TERMINALE CON KPS _____

ICD IX _____.

SINTESI ANAMNESTICA

(Problemi)

CARDIOVASCOLARI

- 1) ipertensione
- 2) CIC
- 3) IMA
- 4) BAC
- 5) FAC
- 6) PM
- 7) valvulopatia
- 8) scompenso cardiaco
- 9) AOAI
- 10) aneurisma
- 11) altro

ENDOCRINOLOGICI

METABOLICI

- 1) NIDDM
- 2) IDDM
- 3) Ipertiroidismo
- 4) Ipotiroidismo
- 5) gotta
- 6) dislipidemia
- 7) altro

PNEUMOLOGICI

- 1) BPCO
- 2) asma
- 3) broncopolmonite
- 4) enfisema
- 5) pleurite
- 6) TBC
- 7) T N M polmone
- 8) altro

ORL

- 1) rinite allergica
- 2) ipoacusia
- 3) protesi acustica
- 4) sordità
- 5) T N M laringe
- 6) altro

ORTOPEDICI E

REUMATOLOGICI

- 1) artrosi
- 2) artrite
- 3) scoliosi
- 4) polimialgia reumatica
- 5) lombosciatalgia
- 6) discopatia
- 7) ernia discale
- 8) osteoporosi
- 9) RAA
- 10) AR
- 11) frattura
- 12) protesi
- 13) altro

GASTROENTEROLOGICI

- 1) GERD
- 2) T N M esofago
- 3) gastrite
- 4) duodenite
- 5) ulcera gastrica
- 6) ulcera duodenale
- 7) T N M stomaco
- 8) litiasi biliare
- 9) epatite acuta
- 10) epatite cronica
- 11) epatopatia alcoolica
- 12) cirrosi
- 13) T N M fegato
- 14) T N M pancreas
- 15) diverticolosi
- 16) diverticolite
- 17) Morbo di Crhon
- 18) rettocolite ulcerosa
- 19) polipi colon
- 20) T N M colon
- 21) emorroidi
- 22) celiachia
- 23) ernia
- 24) laparoccele
- 25) altro

URINARI

- 1) litiasi
- 2) nefropatia cronica
- 3) I R C
- 4) dialisi
- 5) trapianto renale
- 6) T N M rene
- 7) T N M vescica
- 8) altro

GENITALI MASCHILI

- 1) IPB
- 2) T N M prostata
- 3) altro

GENITALI FEMMINILI

- 1) prolasso
- 2) miomi uterini
- 3) T N M endometrio
- 4) T N M cervice
- 5) T N M ovaio
- 6) T N M mammella
- 7) altro

EMATOLOGICI

- 1) anemia
- 2) policitemia
- 3) mielofibrosi
- 4) LA

- 5) LC
- 6) LH
- 7) NHL
- 8) gammopatia monoclonale
- 9) mieloma
- 10) trombocitemia
- 11) piastrinopenia
- 12) altro

DERMATOLOGICI

- 1) eczema
- 2) psoriasi
- 3) T N M spino
- 4) altro

NEUROLOGICI

- 1) cefalea
- 2) emicrania
- 3) vertigine
- 4) acufeni
- 5) epilessia
- 6) T I A
- 7) Ictus
- 8) aneurisma cerebrale
- 9) Morbo di Parkinson
- 10) parkinsonismo
- 11) demenza
- 12) SM
- 13) SLA
- 14) altro

PSICHIATRICI

- 1) ansia
- 2) depressione
- 3) psicosi
- 4) altro

OCULISTICI

- 1) difetto rifrazione
- 2) occhiali
- 3) cataratta
- 4) glaucoma
- 5) degenerazione maculare
- 6) cecità
- 7) protesi oculare
- 8) altro

TOSSICOLOGICI

- 1) tabagismo
- 2) alcoolismo
- 3) altro

ALLERGIE

INTOLLERANZE

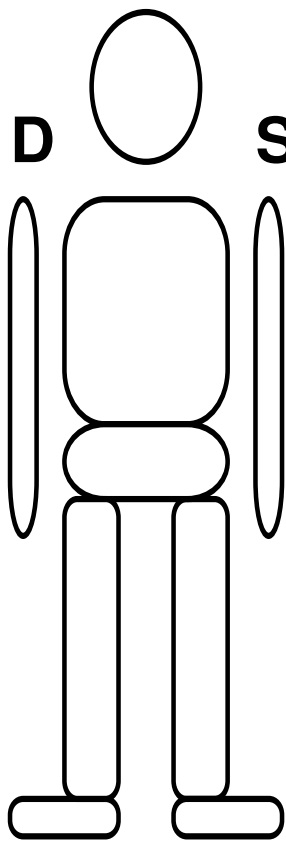
FARMACOLOGICHE

ESAME OBIETTIVO

DECUBITO	1) indifferente	2) passivo	3) ortopnoico	4) laterale
NUTRIZIONE	1) normale	2) insufficiente	3) obesità	4) cachessia
FACIES	1) indifferente	2) amimica	3) ansiosa	4) depressa
COLORITO	1) normale	2) pallido	3) cianotico	4) itterico
LINGUA	1) normale	2) secca	3) impatinata	4) disepitelizzata
COLLO	1) normale	2) turgore giugulare	3) gozzo	
LINFONODI	1) assenti	2) palpabili	_____	

ALVO	1) normale	2) stitico	3) diarroico	4) alterno	5) incontinenza	6) stomia
DIURESIS	1) normale	2) stranguria	3) pollachiuria	4) disuria	5) poliuria	6) nicturia
	7) incontinenza	8) stomia	a) ausili assorbenza b) ausili raccolta			

DOLORE _____

	D	S	
CAVO ORALE			1) normale 2) patologico
CAROTIDE			1) normale 2) patologico
POLMONE			1) normale 2) patologico
CUORE			1) normale 2) patologico
ADDOME			1) normale 2) patologico
CUTE SACRALE			1) normale 2) lesioni da compressione 3) altro
POLSO FEMORALE			1) normale 2) patologico
CUTE TROCANTERICA			1) normale 2) lesioni da compressione 3) altro
CIRCOLO VENOSO			1) normale 2) patologico
CUTE MALLEOLI			1) normale 2) lesioni da compressione 3) altro
POLSO TIBIALE e PEDIDIO			1) normale 2) patologico
DITA			1) normale 2) patologico
CUTE TALLONI			1) normale 2) lesioni da compressione 3) altro

ALTRO _____

VALUTAZIONE LOCOMOTORIA

CODIFICA

1 = normale
2 = articularità ridotta
3 = articularità gravemente compromessa
4 = dolore lieve
5 = dolore grave
6 = atteggiamento viziato
7 = flogosi
8 = functio laesa
9 = artroprotesi

ALTRO _____

VALUTAZIONE NEUROLOGICA

LINGUAGGIO 1) normale 2) afasia motoria 3) afasia sensitiva 4) disartria

VIGILANZA 1) normale 2) saporoso 3) confuso 4) coma

UMORE 1) normale 2) irritabile 3) lamentoso 4) aggressivo

SONNO 1) normale 2) insonnia 3) agitato

1) normale 2) patologico

1) normale 2) patologico

entro gravità 2) a favore di gravità 3) assenti
1) normale 2) patologico

ANDATURA 1) steppante 2) atassica 3) parkinsoniana 4) altro _____

CONTROLLO POSTURALE 1) normale 2) con appoggio 3) Romberg 4) retropulsione

CONTROLLO EXTRAPIRAMIDALE 1) normale 2) tremore 3) rigidità 4) troclea 5) bucco-lingua

DEAMBULAZIONE 1) normale 2) patologica 3) impossibile

AUSILI 1) nessuno 2) tripode 3) deambulatore 4) sedia a rotelle 5) altro _____

ALTRO _____

SPMSQ

(Short Portable Mental Status Questionnaire)

Test somministrabile [si] [no]

	SI	NO
1) Che giorno è oggi? (giorno, mese ed anno)	o	o
2) Che giorno della settimana?	o	o
3) Qual'è il nome di questo posto?	o	o
4) Qual'è il suo numero di telefono? o 4a) Qual'è il suo indirizzo?	o	o
5) Quanti anni ha?	o	o
6) Quando è nato?	o	o
7) Chi è l'attuale Papa? (o Presidente della Repubblica?)	o	o
8) Chi era il precedente Papa? (o Presidente della Repubblica?)	o	o
9) Qual'era il cognome di sua madre prima di sposarsi?	o	o
10) Faccia 20-3, poi ancora -3 sino a raggiungere 2	o	o

Totale (risposte esatte)/10

8 - 10 assenza di deterioramento

6 - 7 deterioramento lieve

3 - 5 deterioramento moderato

0 - 2 deterioramento grave

Fare le domande da 1 a 10 e registrare le risposte; fare la domanda 4a) sole se il paziente non ha il telefono.
Registrare il numero totale di risposte esatte alle 10 domande; aggiungere 1 risposta esatta se il soggetto ha frequentato solo le scuole elementari, togliere 1 risposta esatta se il soggetto ha frequentato scuole oltre le medie superiori.

AREA FUNZIONALE

ADL

(Activities of Daily Living)

	SI	Parziale	NO
FARE IL BAGNO (riceve assistenza nel lavare non più di una parte del corpo)	o	o	o
VESTIRSI (escluso l'allacciarsi le scarpe)	o	o	o
USO DEL GABINETTO (vi si reca con ausili, si pulisce e riveste da solo)	o	o	o
MOBILITÀ (si alza e siede sulla sedia senza appoggiarsi, può usare il bastone)	o	o	o
CONTINENZA (controllo completo di feci ed urine)	o	o	o
ALIMENTAZIONE (escluso il tagliare la carne)	o	o	o

ADL (risposte positive, solo SI) ____/6

KPS

(Karnofsky Performance Status)

Allettamento < 50% ore diurne, Cura personale gravemente difficoltosa, Assistenza sanitaria frequente	50
Allettamento > 50% ore diurne, Cura personale limitata, Assistenza sanitaria straordinaria	40
Allettamento, Cure personali impossibili, Assistenza sanitaria intensa	30

ASPETTI SOCIALI

Situazione Abitativa Adeguata, Vive

[1] solo/a [2] con coniuge [3] con figli_ sposat_ [4] con figli_ celibe/nubile
[5] con nipote [6] con fratello/sorella [7] con badante [8] altro _____

Riceve Aiuto da

[1] nessuno
Rete Informale [2] familiare _____ [3] parente _____ [4] amico
[5] vicino di casa [6] volontario [7] altro _____
Rete formale [8] Servizio Sociale

**CONSENSO INFORMATO
ALL'ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA,
AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI
E INDIVIDUAZIONE DEL LEADER**

**Ho ben compreso le Informazioni fornitemi dal Dr. _____ ,
sia in merito all' Attivazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata che al Trattamento dei
Dati Personali e Sensibili (Informativa ai sensi dell'Art. 13 DLG 196/2003) e do il mio
Consenso Informato all' Attivazione dell' Assistenza Domiciliare Integrata ed al Trattamento
dei miei Dati Personali e Sensibili.**

Al fine di garantire la miglior qualità assistenziale possibile, **individuo come Leader** il/la
Sig./Sig.ra _____ al quale delego o riconosco le seguenti funzioni:

- 1) essere referente per i diversi Operatori dell'Equipe, al fine di concordare le linee di indirizzo organizzativo generale per la formulazione e l'attuazione del Piano Assistenziale Individuale;
- 2) prendersi direttamente cura di me o di individuare una Persona che possa farlo;
- 3) garantire la sua presenza o quella della Persona che si prenderà direttamente cura di me presso il mio domicilio;
- 4) essere referente per i diversi Operatori dell'Equipe per garantire, in collaborazione con la persona, che si prenderà direttamente cura di me, qualora non sia egli stesso, una corretta attuazione del Piano Assistenziale Individuale;
- 5) conservare in buono stato la Scheda Modulare degli Accessi al Domicilio ed impegnarsi alla sua consegna, al termine dell' Assistenza, agli Infermieri.

Data _____

Firma del Leader _____ **Firma del Paziente** _____

In caso di Paziente minore od interdetto il Consenso viene rilasciato da entrambi i Genitori o dall'eventuale Tutore

Luogo e data _____

Firma del Padre _____ **Firma della Madre** _____

Firma del Tutore _____

LEGENDA “MODULO MONITORAGGIO E VARIAZIONI PAI MEDICO”

Riga “Data” ed “Ora”

Registrare la Data e l’ Ora dell’ Intervento, con cui dovranno essere coerenti le Sezioni “Diario”, “Parametri” e “Terapia”.

Sezione “Diario”

Descrivere l’ Intervento per esteso od utilizzando i Codici delle Prestazioni sotto indicati .

Sezione ”Parametri”

Registrare il valore dei Parametri da monitorare (es.: GLU 160 , PA 120/80 , ecc.), mantenendo per ogni Parametro la stessa riga.

Registrare l’intensità dei Sintomi da monitorare (es.: Dolore, ecc.), chiedendo ad es. al paziente: “Ha avuto dolore dall’ultima visita ?” ed utilizzando il seguente Punteggio in base alla risposta: **0 NO, DA 1 A 5 UN DOLORE SOPPORTABILE, DA 6 A 10 UN DOLORE INSOPPORTABILE** (ESAS modificato), mantenendo per ogni Sintomo la stessa riga.

Qualora il Parametro o il Sintomo si mantengono costanti, mettere una freccia (→).

Sezione ”Terapia”

Registrare il Farmaco e la Posologia (es.: MS CONTIN 10 1+0+1), mantenendo per ogni Farmaco la stessa riga.

Per registrare la continuazione della Terapia precedente mettere una freccia (→).

Le Comunicazioni tra gli Operatori, in particolare le Variazioni terapeutiche disposte dal Medico di Medicina Generale all’ Infermiere, vanno scritte nel Modulo di “Diario e Comunicazioni”

LEGENDA “DIARIO E COMUNICAZIONI”

Colonna “Data” ed “Ora”

Registrare la Data e l’ Ora dell’ Intervento

Colonna “Op” (Operatore)

Registrare la Sigla dell’ Operatore, che esegue l’ Intervento o che intende fare una Comunicazione ad un altro Operatore **Colonna “Com” (Comunicazioni)**

Registrare la Sigla dell’ Operatore, cui è rivolta la Comunicazione

Colonna “Diario e Comunicazioni”

Registrare gli Interventi degli Operatori e le Comunicazioni tra Operatori

Sigle degli Operatori

MMG = Medico di Medicina Generale, I = Infermiere, AdB = Assistente di Base)

CODICE	TIPO PRESTAZIONE	CODICE	TIPO PRESTAZIONE
1° SV	1° Visita /Attivazione assistenza - (B1.1)	IS	Irrigazioni/Lavaggi/ Lavande/Instillazioni - (B3.9)
VMMG	Visita con MMG / Specialista - (B1.2)	E PE	Prelievo ematico - (B4.1)
MOB	Mobilizzazione- (B2.1)	U PE	Prelievo ematico urgente
VEST	Aiuto alla vestizione - (B2.2)	C PE	Prelievo ematico coagulazione
LET	Cambio completo del letto - (B2.3)	PV	Rilievo parametri vitali - (B4.2)
CI	Cure Igieniche - (B2.4)	PCB	Prelievo campione biologico - (B4.3)
PCO	Pulizia del cavo orale - (B2.6)	ECG	Esecuzione ECG - (B4.4)
NPT	Nutrizione Parenterale Totale - (B3.1)	TRA	Emotrasfusione (B4.5)
MS	Medicazione semplice - (B3.10)	ES	Insegnamento / Educazione - (C1.1)
MC	Medicazione media - (B3.11)	EPA	Insegnamento uso Presidi / Ausili - (C1.2)
MCM	Medicazione complessa - (B3.12)	ORG	Ass. indiretta -organizzazione - (D1.1)
GS	Gestione stomia - (B3.13)	SPO	Ass. indiretta - spostamenti - (D2.1)
CTC	Gestione cannula tracheale - (B3.14)	CMMG	Contatto con il MMG (P1.2)
ICSC	Gestione pompa antalgica (Infusor) - (B3.15)	CSPEC	Contatti con M.Specialisti (P1.3)
GPaC	Gestione Port-a-Cat - (B3.16)	DOL	Valutazione, controllo, gestione del dolore (P1.5)
SM	Sostegno al morente ed alla famiglia - (B3.17)	FAM	Valut.ne, controllo, % di autonomia dei familiari (P1.6)
ASP	Aspirazione rino/tracheale - (B3.18)	HOS	Relazione di staff con l' Hospice (P3.1)
CVC	Gestione catetere centrale / eparinizzazione - (B3.19)	CCF	Controllo per consegna farmaci
PEG	Sondino Naso Gastrico / Percutaneal Enteral Gastric (B3.2)	DOP	Dimissione Ospedaliera Protetta
PAR	Paracentesi - (B3.20)	CDB	Controllo diabetologico
SF	Cateterismo vescicale - (B3.3)	VSL	Visita di supporto al lutto
TI	Iniezione Intra Muscolo / Sotto Cute - (B3.4)	VC	Visita di controllo
TE	Fleboclisi / Ipodermoclisi - (B3.5)	VR	Visita di rivalutazione
SPT	Sorveglianza procedure terapeutiche - (B3.6)	VS	Visita specialistica a domicilio
CL	Clistere - (B3.7)	C	Counseling
CSM	Clistere con svuotamento manuale - (B3.8)		

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DLG 196/2003
"CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI"

Caro Assistito,

premesse che:

- il DLG 196/2003 regola la riservatezza dei dati personali e sensibili (cioè idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, le opinioni politiche, l'adesione a partiti o sindacati, ad associazioni o ad organizzazioni di carattere religioso, politico o sindacale, nonché idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale) ed impone una serie di obblighi in capo a chi "tratta" informazioni riferite ad altri soggetti;

- la normativa intende come "trattamento" dei dati le seguenti operazioni:
RACCOLTA, REGISTRAZIONE, ORGANIZZAZIONE, CONSERVAZIONE, ELABORAZIONE,
MODIFICAZIONE, SELEZIONE, ESTRAZIONE, CONSULTAZIONE, RAFFRONTI, UTILIZZO,
INTERCONNESSIONE, BLOCCO, COMUNICAZIONE, DIFFUSIONE, CANCELLAZIONE, DISTRUZIONE ;

- tra gli adempimenti da rispettare c'è quello di informare le persone cui i dati si riferiscono in merito all'utilizzo che ne viene fatto, raccogliendone il consenso scritto od orale al "trattamento" ;

Ti informo che:

- a) il "trattamento" dei Tuoi dati , pur essendo facoltativo, è indispensabile per la completezza e correttezza delle prestazioni sanitarie fornite dal Sottoscritto;
- b) un eventuale rifiuto di consentire il "trattamento" dei Tuoi dati potrebbe comportare l'impossibilità di prosecuzione del rapporto assistenziale col Sottoscritto, poiché mancherebbe la possibilità di fornire completamente e correttamente le prestazioni sanitarie necessarie;
- c) il "trattamento" dei dati da Te forniti o acquisiti dal Sottoscritto attraverso certificazioni, referti di accertamenti, lettere di dimissioni ospedaliere o qualunque altro strumento informativo, si svolgerà nel rispetto dei Tuoi diritti e libertà fondamentali, nonché della Tua dignità, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali nonché al Codice di Deontologia Medica;
- d) i Tuoi dati potranno essere "trattati" ai seguenti fini, quando possibile in forma anonima:
 - attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
 - attività di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria;
 - farmacovigilanza;
 - sperimentazione clinica;
 - applicazione della normativa in materia di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro e di sicurezza e salute della popolazione;
 - attività amministrative correlate ai trapianti d'organo e di tessuti, nonché alle trasfusioni di sangue umano;
 - instaurazione, pianificazione, gestione e controllo dei rapporti tra l'amministrazione sanitaria ed i soggetti accreditati o convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale;
- e) il Titolare del "trattamento" dei Tuoi dati è il Sottoscritto;
- f) il "trattamento" dei Tuoi dati avverrà mediante strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato anche attraverso strumenti informatizzati, la cui sicurezza peraltro potrà non essere gestita dal Titolare del "trattamento";

- g) il **“trattamento” dei Tuoi dati potrà comportare:**
- l’istituzione di una **“Scheda sanitaria individuale”** contenente dati di carattere anagrafico amministrativo, fiscale e sanitario;
 - qualora Tu necessiti di assistenza domiciliare, l’istituzione di una **“Scheda degli accessi”** al domicilio, sulla quale saranno annotate le eventuali considerazioni cliniche, la terapia, gli accertamenti diagnostici, le richieste di visite specialistiche, le prestazioni aggiuntive, le indicazioni del consulente specialista e quant’altro ritenuto utile ed opportuno dal Sottoscritto e dagli altri Operatori;
 - l’eventuale richiesta di ulteriori accertamenti e analisi ad altre strutture;
 - la stesura di referti e certificazioni;
 - l’eventuale redazione di documenti obbligatori ai fini fiscali a fronte dei pagamenti effettuati;
 - l’eventuale avviso via telefono di variazione appuntamenti;
- h) può essere prevista la comunicazione dei Tuoi dati a:
- medici designati dal Sottoscritto secondo le modalità previste dalla medicina di gruppo, dalla medicina in rete e dalla medicina in associazione;
 - personale di segreteria e/o infermieristico per l’espletamento delle mansioni indicate dal Sottoscritto;
 - organismi sanitari pubblici (USL, Ospedali, ecc.);
 - organismi sanitari privati (Cliniche, Laboratori analisi, ecc.);
 - esercenti le professioni sanitarie (Medici specialisti, Farmacisti, ecc.);
 - enti di assistenza e previdenza (INPS, INAIL, ecc.);
 - associazioni di volontariato;
- i) presso questo Studio troverai sempre affissa l’Informativa ex Art. 13 D.lgs 196/2003, nonché l’elenco degli incaricati al **“trattamento”** dei dati, costantemente aggiornati;
- l) in ogni momento potrai esercitare i Tuoi diritti nei confronti del Titolare del trattamento, previsti dall’art.7 del DLG 196/2003 di seguito richiamati ed in particolare:
1. di ottenere la conferma dell’esistenza o meno di dati personali che Ti riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
 2. di ottenere l’indicazione:
 - a) dell’origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l’ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell’articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
 3. di ottenere:
 - a) l’aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi hanno interesse, l’integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali sono stati raccolti o successivamente trattati;*
 - c) l’attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
 4. di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che Ti riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che Ti riguardano ai fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.