

An den Südtiroler Sanitätsbetrieb

All'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

Gesundheitsbezirk

Comprensorio Sanitario di

Antrag um Ausstellung der Genehmigung für die Vergütung von Ausgaben für orthodontische und kieferorthopädische Prothesen und Orthesen für Menschen mit Behinderung

Domanda per il rilascio dell'autorizzazione per il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto e l'applicazione di protesi e ortesi ortodontiche e maxillo-facciali per soggetti portatori di handicap

Ersatzerklärung im Sinne des Artikels 5 des L.G. Nr. 17/93, in geltender Fassung

Dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'articolo 5 della L.P. n. 17/93 e successive modifiche

Der /Die unterfertigte Antragsteller/Antragstellerin | Il sottoscritto/La sottoscritta richiedente

Name und Vorname | cognome e nome

geboren am | nato/a il

geboren in | nato/ a

Steuernummer | codice fiscale

wohnhaft in | residente a

PLZ | CAP

Gemeinde | comune

Adresse | indirizzo

Straße, Fraktion, Platz, usw. | via, frazione, piazza, ecc.

Nr. | n.

Tel. Nr. | n. Tel.

Zertifizierte E-Mail Adresse PEC | Indirizzo di posta elettronica certificata PEC

lebt allein und teilt die Kosten nicht mit anderen | vive da solo/a e non condivide le spese con altri

beantragt die Gewährung folgender Fürsorgemaßnahmen:

chiede che gli/le siano concesse le seguenti provvidenze:

für sich | per se

für folgendes Familienmitglied Verwandtschaftsgrad | per il seguente familiare

mit dem Antragsteller/der Antragstellerin | grado di parentela con il richiedente/la richiedente

Name und Vorname | cognome e nome

geboren am | nato/a il

geboren in | nato/ a

Steuernummer | codice fiscale

wohnhaft in | residente a

PLZ | CAP

Gemeinde | comune

Adresse | indirizzo

Straße, Fraktion, Platz, usw. | via, frazione, piazza, ecc.

Nr. | n.

Es wird ersucht die Vergütung auszubezahlen mittels:

Si chiede di corrispondere il rimborso tramite:

Überweisung auf folgendes Bankkonto | bonifico sul seguente conto corrente bancario:

IBAN

--	--

--	--

--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name der Bank-Filiale | Nome della Banca/Agenzia:

lautend auf | intestato a:

Für die Lieferung der Prothese wählt er/sie die Firma:

Er/sie legt diesem Ansuchen bei:

1. die Verordnung des Facharztes in Kieferchirurgie oder Stomatologie des Südtiroler Sanitätsbetriebes;
2. mindestens zwei detaillierte Kostenvoranschläge mit entsprechender Diagnose und Angabe der Behandlungsdauer;
3. Unterlagen über das erlittene Trauma im Gesichtsbereich oder den Eingriff wegen neoplastischer Krankheit im kieferorthopädischen Bereich (für Personen, die ein Trauma erlitten haben oder einem chirurgischen Eingriff unterzogen wurden).

Es wird darauf hingewiesen, dass die Rechnung ein Datum nach der Genehmigung des Sanitätsbetriebes haben muss.

Für die Erfassung des Einkommens erklärt er/sie, dass die eigene Familie¹ aus folgenden zusätzlichen Mitgliedern besteht:

Ehegattin/Ehegatte/zusammenlebender Lebensgefährte/zusammenlebende Lebensgefährtin | coniuge/partner convivente

Name und Vorname | cognome e nome

geboren am | nato/a il

geboren in | nato/ a

Steuernummer | codice fiscale

Verwandtschaftsgrad mit dem Antragsteller/der Antragstellerin
grado di parentela con il/la richiedente

Name und Vorname | cognome e nome

geboren am | nato/a il

geboren in | nato/ a

Steuernummer | codice fiscale

Verwandtschaftsgrad mit dem Antragsteller/der Antragstellerin
grado di parentela con il/la richiedente

Name und Vorname | cognome e nome

geboren am | nato/a il

geboren in | nato/ a

Steuernummer | codice fiscale

Verwandtschaftsgrad mit dem Antragsteller/der Antragstellerin
grado di parentela con il/la richiedente

Name und Vorname | cognome e nome

geboren am | nato/a il

geboren in | nato/ a

Steuernummer | codice fiscale

Verwandtschaftsgrad mit dem Antragsteller/der Antragstellerin

Bozen | Cadonnaplatz 12 | Tel. 0471 909 113 | sprengel-ver.bozen@sabes.it
Meran | Romstr. 3 | Tel. 0473 496 706 | verw.spr.meran@sabes.it
Brixen | Romstraße 5 | Tel. 0472 813640 | verw.sprengel@sb-brixen.it
Brunneck | Paternsteig 3 | Tel. 0474 586 506 | sprengel-brunneck-umgebung@sb-brunneck.it
<http://www.sabes.it>

Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Per la fornitura della protesi sceglie la ditta:

Alla presente allega:

prescrizione del medico specialista in chirurgia maxillo-facciale o in stomatologia dipendente dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige;

1. almeno due preventivi di spesa dettagliati con relativa diagnosi e durata del trattamento;
2. documentazione attestante il traumatismo facciale o l'intervento per patologia neoplastica in ambito maxillo-facciale (per coloro che hanno subito un trauma o un intervento chirurgico).

Si fa presente che la data della fattura deve essere successiva all'autorizzazione da parte dell'Azienda Sanitaria.

Ai fini della determinazione del reddito dichiara che il proprio nucleo familiare¹ è composto dai seguenti ulteriori componenti:

Bolzano | p.zza Cadonna, 12 | tel. 0471 909 113 | distretto-amm.bolzano@sabes.it
Merano | v. Roma, 3 | tel. 0473 496706 | verw.spr.meran@sabes.it
Bressanone | via Roma, 5 | tel. 0472 813640 | amm.distretto@as-bressanone.it
Brunico | vicolo dei Frati, 3 | tel. 0474 586 506 | distretto-brunico-circondario@as-brunico.it
<http://www.asdaa.it>
Ragione soc.: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano
Cod. fisc./P. IVA 00773750211

grado di parentela con il/la richiedente

Name und Vorname | cognome e nome

geboren am | nato/a il

geboren in | nato/ a

Steuernummer | codice fiscale

Ist für alle Familienmitglieder die „Einheitliche Einkommens- und Vermögenserklärung“ EEEV abgegeben worden?

ja

nein

Sind in der Familie ein oder mehrere minderjährige Kinder und beide Eltern, oder ein Elternteil mit seinem/r Ehegatten/in oder seinem/r zusammenlebenden Partner/in oder Alleinerzieher/in, im Bezugszeitraum der EEEV einer abhängigen, selbständigen oder unternehmerischen Tätigkeit nachgegangen, welche für jeden ein Einkommen von mindestens 10.000,00 € (gemäß EEEV-Kriterien) erbracht hat?

ja

nein

Per tutti i componenti del proprio nucleo familiare è stata rilasciata la "Dichiarazione Unificata di Reddito e Patrimonio" DURP?

si

no

Nel nucleo familiare vi sono uno o più figli minorenni ed entrambi i genitori, o il genitore ed il/la coniuge o il/la partner convivente o il genitore singolo, hanno svolto, nel periodo di riferimento della DURP, attività di lavoro dipendente, di lavoro autonomo o d'impresa, con un reddito considerato ai fini della DURP di un importo di almeno 10.000,00 € ciascuno?

si

no

Verarbeitung der personenbezogenen Daten – Informationsschreiben ex Art. 13 GvD Nr. 196/2003

Die erhobenen personenbezogenen Daten werden auch mit elektronischen Instrumenten verarbeitet. Die Verarbeitung findet ausschließlich im Rahmen des Verfahrens statt, für das die vorliegende Erklärung erbracht wurde. Das vollständige Informationsschreiben ist auf der Website www.sabes.it/Datenschutz verfügbar und liegt beim Gesundheitssprengel zur Einsicht auf.

Der Antragsteller/Die Antragstellerin ist damit einverstanden, dass die im Informationssystem EEEV gespeicherten einheitlichen Einkommens- und Vermögenserklärungen aller Familienmitglieder für diesen Antrag verwendet werden.

Trattamento dei dati personali – Informativa ex art. 13 del Dlgs 196/03

I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

L'informativa estesa è disponibile sul sito www.sabes.it/Privacy e presso il distretto sanitario.

Il/La richiedente acconsente che per la presente domanda siano utilizzate le dichiarazioni unificate di reddito e patrimonio di tutti i componenti del proprio nucleo familiare, presenti nell'apposito sistema informatico DURP.

Ort und Datum | Luogo e data

leserliche Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin | Firma leggibile del/la richiedente

Wird der Antrag bereits unterzeichnet vorgelegt oder

Nel caso in cui la domanda venisse presentata o spedita

Bozen | Cadonnaplatz 12 | Tel. 0471 909 113 | sprengel-ver.bozen@sabes.it
Meran | Romstr. 3 | Tel. 0473 496 706 | verw.spr.meran@sabes.it
Brixen | Romstraße 5 | Tel. 0472 813640 | verw.sprengel@sb-brixen.it
Bruneck | Paternsteig 3 | Tel. 0474 586 506 | sprengel-bruneck-umgebung@sb-bruneck.it
<http://www.sabes.it>

Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Bolzano | p.zza Cadonna, 12 | tel. 0471 909 113 | distretto-amm.bolzano@sabes.it
Merano | v. Roma, 3 | tel. 0473 496706 | verw.spr.meran@sabes.it
Bressanone | via Roma, 5 | tel. 0472 813640 | amm.distretto@as-bressanone.it
Brunico | vicolo dei Frati, 3 | tel. 0474 586 506 | distretto-brunico-circondario@as-brunico.it
<http://www.asdaa.it>

Ragione soc.: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano
Cod. fisc./P. IVA 00773750211

per Post eingereicht, so ist diesem eine Ablichtung des Personalausweises des/der Unterzeichners/in beizulegen. Dies gilt auch bei Unterlagen die mittels Fax oder E-Mail übermittelt werden.

¹Zusammensetzung der Kernfamilie laut Artikel 12 des Dekretes des Landeshauptmannes der Autonomen Provinz Bozen, Nr. 2 vom 11.01.2011

- a) Die Person, für die die Leistung in erster Linie bestimmt ist (Leistungsempfänger);
- b) Der Ehegatte/die Ehegattin, sofern nicht gesetzlich getrennt, oder der Lebensgefährte des Leistungsempfängers (bei Lebensgefährten, nur wenn er in einem gemeinsamen Haushalt lebt);
- c) Für minderjährige Leistungsempfänger die Personen, die die elterliche Gewalt ausüben (auch getrennt) und deren Ehepartner oder Lebensgefährten (wenn der Lebensgefährte im selben Haushalt lebt);
- c/bis) bei Leistungsempfängern unter 26 Jahren mit einem EEE relevanten jährlichen Einkommen von nicht mehr als 10.000,00 €, die Eltern oder der Elternteil, sowie der Ehegatte/die Ehegattin oder der im gemeinsamen Haushalt lebende Lebensgefährte/die im gemeinsamen Haushalt lebende Lebensgefährtin des Elternteils, sofern der Nutzer/ die Nutzerin studiert oder im gemeinsamen Haushalt lebt.
- d) Wenn der Leistungsempfänger steuerrechtlich zu Lasten lebt, die versorgungspflichtige Person mit dem Ehepartner oder Lebensgefährten (wenn der Lebensgefährte im selben Haushalt lebt);
- e) Die minderjährigen Kinder von einem der oben angeführten Mitglieder, sofern sie im gemeinsamen Haushalt leben;
- e/bis) Kinder unter 26 Jahren mit einem EEE relevanten jährlichen Einkommen von nicht mehr als 10.000,00 €, sofern sie studieren oder mit den Eltern oder dem Elternteil im gemeinsamen Haushalt leben.
- f) Alle anderen Personen, die von einem der oben angeführten Personen zu Lasten sind.
 - Falls der Leistungsempfänger verheiratet ist oder eigene Kinder hat, so bildet er gemeinsam mit dem Ehepartner oder dem mit ihm lebenden Lebensgefährten, den Kindern und den weiteren zu Lasten lebenden Personen eine eigene Familiengemeinschaft.Um zu beurteilen, ob eine Person als zu Lasten gilt und somit zur Kernfamilie gehört oder nicht, dient derselbe Zeitbezug wie für die EEE.

Für die Tatsache, ob jemand zusammenlebt zählt der effektive Zustand und nicht der Familienbogen

Die volljährigen Kinder mit einem Alter unter 26 Jahren werden auch wenn sie nicht mehr steuerlich zu Lasten der Eltern sind, weiterhin gemeinsam mit der Familie der Eltern berücksichtigt, sofern die folgenden Bedingungen erfüllt sind:
sie nicht mehr als 10.000,00 € Einkommen laut EEE haben und sie zum Zeitpunkt der Antragstellung bzw. der Ausstellung der FWL Bescheinigung, bei den Eltern leben oder bei einer Bildungseinrichtung, unabhängig welchen Grades, eingeschrieben sind.

tramite posta già firmata, è da allegare una fotocopia della carta d'identità del/la firmatario/a. Ciò vale anche per la documentazione spedita tramite fax o e-mail.

¹Composizione del nucleo familiare di base ai sensi dell'articolo 12 del decreto del Presidente della Provincia Autonoma di Bolzano, n. 2 del 11.01.2011

- a) La persona che è la principale beneficiaria della prestazione (utente);
- b) il/la coniuge dell'utente purché non legalmente separato/ separata, o il/la partner dell'utente, solo qualora l'utente e il/la partner siano conviventi;
- c) nel caso di utente minorenni, chi esercita la potestà genitoriale, anche disgiuntamente, nonché l'eventuale coniuge o partner convivente della persona che esercita la potestà genitoriale;
- c/bis) nel caso di utente di età inferiore a 26 anni con un reddito considerato ai fini della DURP non superiore a 10.000,00 € annui, i genitori o il genitore nonché l'eventuale coniuge o partner convivente del genitore stesso, qualora l'utente sia studente o con essi/esso convivente;
- d) nel caso in cui l'utente sia soggetto a carico ai fini IRPEF, la persona di cui lo stesso/la stessa è a carico nonché la sua/il suo coniuge o partner convivente;
- e) le figlie e i figli minorenni di uno/una dei componenti sopra elencati, qualora con esso/essa conviventi;
- e/bis) le figlie o i figli di età inferiore a 26 anni, con un reddito considerato ai fini della DURP non superiore a 10.000,00 € annui, che siano studenti o conviventi con i genitori e il genitore.
- f) altre persone a carico IRPEF di uno/una dei componenti sopra elencati
 - Nel caso in cui l'utente sia coniugato o abbia figli/figlie propri, esso costituisce comunque, assieme al coniuge oppure al partner convivente, ai loro figli e alle altre persone a loro carico IRPEF, un distinto nucleo familiare.

Per valutare se una persona deve essere considerata come componente del nucleo in quanto "soggetto a carico IRPEF", deve essere considerato lo stesso riferimento temporale della DURP.

La convivenza non deve essere considerata sulla base dello stato di famiglia, bensì sulla base della situazione di fatto

Il giovane maggiorenne, di età inferiore a 26 anni, si considera assieme al nucleo familiare dei genitori anche se non fiscalmente a carico, purché sussistano le seguenti condizioni:
disponga di un reddito considerato ai fini della DURP non superiore a 10.000,00 € e al momento della presentazione della domanda o della richiesta di rilascio dell'attestazione VSE, conviva con i genitori, oppure risulti iscritto ad un istituto d'istruzione di qualsiasi grado.

Folgende Pathologien, die vom behandelnden Arzt bestätigt werden müssen, werden in Betracht gezogen

1. Angeborene Fehlbildungen des Kiefer- und Gesichtsschädelbereiches mit signifikanten Funktionseinschränkungen einschließlich:
 - a) Lippen-Kiefer-Gaumenspalten (LKG): Kieferorthopädie und entsprechende prothetische Versorgungen während des Wachstums,
 - b) Patientinnen und Patienten nach Lippen-Kiefer-Gaumenspalten-Behandlung im Erwachsenenalter, einschließlich kieferorthopädischer Behandlungen und prothetischer Versorgungen bis zu einem Alter von 30 Jahren, die zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht vollendet sein dürfen;
 - c) Pierre-Robin-Syndrom: Behandlungen während des Wachstums sowie Patientinnen und Patienten im Erwachsenenalter, bis zu einem Alter von 30 Jahren, die zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht vollendet sein dürfen,
 - d) Dysostosen im Gesichtsschädelbereich (Apert-Syndrom, Crouzon-Syndrom, Pfeiffer-Syndrom, Saethre-Chatzen-Syndrom, Treacher-Collins-Syndrom, Goldenhar-Syndrom);
 - e) Hypertelorismus;
 - f) Fehlbildungen, die auf Entwicklungsstörungen des I. und II. Kiemenbogens zurückzuführen sind (hemifaziale Mikrosomie);
 - g) Personen mit Down-Syndrom mit kieferorthopädischer Behandlungsnotwendigkeit Grad 4 – 5 nach IOTN (Index of Treatment Need nach Brook und Shaw);
 - h) ausgedehnte Hypodontie (mindestens acht fehlende Zähne) mit schwerer funktioneller Einschränkung; von der Berechnung der fehlenden Zähne werden die Weisheitszähne ausgeschlossen;
 - i) ausgedehnte Amelogenese imperfecta, die mindestens die Hälfte der Zähne betrifft.

2. **Trauma Spätfolgen**, die funktionelle Einschränkungen des Kauapparates bewirken: Patientinnen und Patienten nach Gesichtsschädelfrakturen mit Zahnverlusten und Indikation zur prothetischen Rehabilitation. Ziel ist in erster Linie die Wiederherstellung der prätraumatischen Kaufunktion. Eine etwaige Verwendung von Implantaten ist zulässig bei traumatischem Verlust der gesunden Zähne in ästhetisch besonders relevanten Bereichen.

Zwischen dem Zeitpunkt des Unfalls und jenem der Antragstellung dürfen nicht mehr als zwei Jahre vergangen sein; der Beitrag wird nur einmal gewährt.

Davon ausgeschlossen sind Patientinnen und Patienten, die zum Zeitpunkt der Antragstellung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und für die korrektiven orthodontischen Behandlungen zur etwaigen Behebung der Folgen des traumatischen Ereignisses vorgesehen werden können. Ausgeschlossen sind auch orthodontische Behandlungen zur Korrektur einer vor dem Trauma

Le misure di rimborso interessano le seguenti patologie, che devono essere confermate dal medico curante:

1. malformazioni congenite cranio-maxillo-facciali con gravi alterazioni funzionali comprendenti:
 - a) abiopalatoschisi con i relativi trattamenti ortodontico-protesici in fase di crescita;
 - b) esiti di labiopalatoschisi in età adulta, compresi i trattamenti ortodontico-protesici fino all'età di 30 anni non compiuti al momento della presentazione della domanda;
 - c) sindrome di Pierre-Robin: trattamenti in fase di crescita ed esiti in età adulta fino all'età di 30 anni non compiuti al momento della presentazione della domanda;
 - d) disostosi cranio-facciali (sindrome di Apert, sindrome di Crouzon, sindrome di Pfeiffer, sindrome di Saethre-Chatzen, sindrome di Treacher-Collins, sindrome di Goldenhar);
 - e) iperteleorbitismo;
 - f) sindromi del I e II arco branchiale (microsomia emifacciale);
 - g) persone con sindrome di Down con indice di necessità al trattamento ortodontico IOTN di 4 e 5 (IOTN Index of Treatment Need sec. Brook e Shaw);
 - h) ipodontia estesa (mancanza di almeno otto denti) con grave deficit funzionale; sono esclusi dal calcolo dei denti mancanti i denti del giudizio;
 - i) amelogenesi imperfetta estesa che coinvolga almeno il 50 per cento degli elementi dentari.

2. **Patologie post-traumatiche** che portano ad un deficit funzionale dell'apparato stomatognatico: esiti di fratture cranio-maxillo-facciali con perdita di elementi dentari ed indicazione alla riabilitazione protesica. La riabilitazione protesica deve essere principalmente volta a ripristinare la situazione oclusale precedente al trauma. L'eventuale utilizzo di fixture implantari è consentito in caso di perdita traumatica di elementi sani in settori ad elevata valenza estetica

L'evento traumatico non deve essere anteriore a due anni dalla data della richiesta e il contributo viene concesso una sola volta.

Sono esclusi i pazienti e le pazienti in età pediatrica che non abbiano compiuto il 18° anno di età al momento della presentazione della domanda, per i quali possono essere previsti trattamenti ortodontici correttivi finalizzati ad eventuali correzioni correlate all'evento traumatico

Sono inoltre esclusi trattamenti ortodontici atti a correggere malocclusioni dento-scheletriche o

Bozen | Cadonnaplatz 12 | Tel. 0471 909 113 | spengel-ver.bozen@sabes.it

Meran | Romstr. 3 | Tel. 0473 496 706 | verw.spr.meran@sabes.it

Brixen | Romstraße 5 | Tel. 0472 813640 | verw.spengel@sb-brixen.it

Brunneck | Paternsteig 3 | Tel. 0474 586 506 |

spengel-brunneck-umgebung@sb-brunneck.it

http://www.sabes.it

Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Bolzano | p.zza Cadonna, 12 | tel. 0471 909 113 | distretto-amm.bolzano@sabes.it

Merano | v. Roma, 3 | tel. 0473 496706 | verw.spr.meran@sabes.it

Bressanone | via Roma, 5 | tel. 0472 813640 | amm.distretto@as-bressanone.it

Brunico | vicolo dei Frati, 3 | tel. 0474 586 506 |

distretto-brunico-circondario@as-brunico.it

http://www.asdaa.it

Ragione soc.: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano
Cod. fisc./P. IVA 00773750211

bestehenden skelettalen und dentalen Malokklusion oder einer Zahnfehlstellung. Im Anschluss an die Behandlung kann eine prothetische Rehabilitation erfolgen, die sich nach den geltenden Bestimmungen für erwachsene Patientinnen und Patienten richtet.

3. Funktionelle Rehabilitation des Kausystems bei Patientinnen und Patienten mit neoplastischen Erkrankungen im Kopf- und Halsbereich. Patientinnen und Patienten nach maxillo-mandibulären Resektionen bei gutartigen oder bösartigen Tumoren mit signifikanten Einschränkungen der Kaufunktion.

Patientinnen und Patienten nach chemo-radiotherapeutischen Behandlungen bei Neoplasien im Kopf- und Halsbereich mit Folgeerscheinungen (Zahnverlust, Parodontalläsionen, Knochennekrosen).

4. Seltene Krankheiten laut Dekret des Gesundheitsministeriums vom 18. Mai 2001, Nr. 279, die schwere funktionelle Einschränkungen des Kausystems verursachen

affollamenti dentali precedenti al trauma. Successivamente potrà essere prevista una riabilitazione protesica, secondo le disposizioni vigenti per le pazienti e i pazienti adulti

3. riabilitazione funzionale dell'apparato stomatognatico in pazienti affetti da patologia neoplastica in ambito cervico-maxillo-facciale, quali pazienti che hanno subito una resezione delle basi ossee maxillo-facciali affetti da patologia tumorale maligna o benigna con grave compromissione funzionale della masticazione.

pazienti sottoposti a trattamenti chemioradioterapici per neoplasie in ambito cervico-maxillo-facciale con lesioni secondarie dentarie e parodontali, perdita di elementi dentari e necrosi ossee.

4. Malattie rare di cui al decreto del Ministero della Sanità 18 maggio 2001, n. 279, che comportano una grave compromissione funzionale dell'apparato stomatognatico.