

Il Progetto Territoriale del Servizio Psichiatrico di Bolzano: tempestività ed intensività del trattamento delle psicosi all'esordio

Stefano Torresani¹, Karin Furlato², Sabrina Doimo³, Fabio Carpi⁴, Irene Picone⁵, Andreas Conca⁶

¹Medico psichiatra. Dirigente di Struttura Semplice-CSM Bolzano Città. Responsabile del Progetto "Interventi Precoci". Servizio Psichiatrico del Comprensorio Sanitario di Bolzano.

²Psicologa, specializzanda in psicoterapia ad indirizzo psicoanalitico. Servizio Psichiatrico del Comprensorio Sanitario di Bolzano.

³Infermiera. Servizio Psichiatrico del Comprensorio Sanitario di Bolzano.

⁴Infermiere. Coordinatore tecnico-assistenziale del Servizio Psichiatrico Territoriale del Comprensorio Sanitario di Bolzano.

⁵Psicologa psicoterapeuta cognitivo-comportamentale. Referente degli psicologi Servizio Psichiatrico del Comprensorio Sanitario di Bolzano.

⁶Medico Psichiatra. Direttore del Servizio Psichiatrico del Comprensorio Sanitario di Bolzano. Coordinatore del Servizio Provinciale di Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva. Presidente Sezione Regionale Trentino-Alto Adige della Società Italiana di Psichiatria.

Riassunto

All'inizio degli anni 2000 è stato avviato da una delle undici Equipe territoriali del Servizio Psichiatrico di Bolzano un progetto pilota sugli esordi psicotici caratterizzato da tempestività ed intensività degli interventi, stile assertivo, informale e non convenzionale degli operatori, immediato coinvolgimento dei famigliari nel percorso di cura.

Da quella prima positiva esperienza, che evidenziava l'alto numero di contatti CSM-paziente mantenuti nel tempo, l'elevato grado di soddisfazione di utenti e familiari, il basso ricorso al SPDC, è nata nel Servizio la progressiva presa di coscienza riguardo la necessità di modificare lo stile di lavoro introducendo nuove metodologie nel trattamento delle psicosi.

Varie esperienze di collaborazione/formazione con il team di Programma 2000 e la successiva partecipazione al Programma Strategico Nazionale Get Up hanno portato alla costituzione iniziale di un'Equipe specialistica sovrazonale che, terminata la fase sperimentale, ha operato con l'obiettivo ultimo di diffondere la cultura dell'intervento precoce nella pratica clinica di routine di tutto il Servizio.

Metodo. Un gruppo di lavoro ha redatto un protocollo di arruolamento, intervento e monitoraggio per il coinvolgimento diretto delle Equipe territoriali nell'intervento multiprofessionale delle psicosi all'esordio. Un apposito team di monitoraggio è garante della fedeltà attraverso la rilevazione di indicatori di processo e di esito, tramite un database per la raccolta dati e la costante verifica sull'andamento e la tempistica degli interventi.

Risultati. Dal primo marzo 2012, questo nuovo protocollo di intervento è operativo. Nei primi 12 mesi, sono stati identificati 20 casi con una prima manifestazione psicotica ai quali vengono offerti interventi evidence-based multidisciplinari, tempestivi ed intensivi.

Conclusioni. Un modus operandi chiaro, appropriato e condiviso all'interno dei Servizi di Salute Mentale, contribuisce a modificare progressivamente lo stile di lavoro aumentando la qualità in un'ottica MCQ, la soddisfazione di utenti e familiari, la motivazione e la gratificazione del personale.

Summary

A local catchment area project of the Bolzano Psychiatric Services: **early intervention and intensive treatment program for new onset psychosis.**

In early 2000, a pilot study on first onset psychosis was set up by one of twelve local catchment area teams in the Psychiatric Services of Bolzano. The project was characterized by use of early and intensive treatment interventions, the assertive, informal and unconventional therapeutic style used by staff and the close involvement of family members in the treatment program.

The early findings of the project were very positive and demonstrated a high level of contact between service users and outpatient services, which was maintained over time, low rates of referral for hospital admission and high levels of satisfaction among service users and their families. It also emerged the need to modify the way of working, introducing new methodologies into the psychoses treatment. Various experiences of collaboration/training with the team *Programma 2000* and the following participation at the National Strategic Program "Get Up" led to the initial establishment of a specialized team over-zones that, after the end of the experimental phase, operated with the final goal of spreading the culture of the early intervention into the whole Service's routine of clinical practice.

Method. A working group drafted a protocol outlining the enrollment process and the treatment interventions of the program and a system of monitoring the multidisciplinary treatments provided by the catchment area team.

A dedicated monitoring team guarantees the fidelity through process and results indicators gathered into a database, and the continuous check of the treatments' process and timing.

Results. A revised intervention protocol has been in operation since the beginning of March 2012. In the first 12 months, 20 cases of first onset psychosis have been identified and have been offered early and intensive, multidisciplinary, evidence based treatment.

Conclusions. The use of clear and commonly agreed operational guidelines within the Service helped to progressively change the way of working, increasing quality in an MCQ perspective, satisfaction of service users and families, as well as the motivation and satisfaction of staff.

Il Servizio Psichiatrico (SP) di Bolzano serve un bacino d'utenza di 220.000 abitanti. E' dotato di 1 Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), 2 Centri di Riabilitazione Psichiatrica (CRP), 2 Centri di Salute Mentale (CSM), in cui operano 11 Equipe territoriali pluriprofessionali.

Già all'inizio del 2000, dopo vari confronti con la neonata esperienza di Programma 2000¹ e la partecipazione di alcuni operatori a corsi di formazione specifici, è stato

aviato in una delle Equipe territoriali un Progetto Pilota sugli Esordi. Partendo dalla constatazione che per diversi utenti giovani con sintomatologia psicotica i contatti con il CSM erano scarsi e incostanti, già quella prima esperienza evidenziava come trattamenti intensivi caratterizzati da uno stile assertivo, informale, non convenzionale, associati al tempestivo coinvolgimento dei familiari portavano al mantenimento di contatti regolari con tutti gli operatori dell'Equipe, all'implementazione di progetti terapeutici bio-psico-sociale condivisi e al minor ricorso all'SPDC. Fattore non secondario la soddisfazione esplicita ed il senso di gratitudine nei confronti del Servizio da parte di utenti e familiari con conseguente gratificazione e motivazione crescente del personale.

Nonostante le formazioni interne e la progressiva presa di coscienza di vari professionisti riguardo le necessità di cambiamento nel trattamento delle psicosi all'esordio, il tentativo di allargare a tutto il Servizio la positiva esperienza del Progetto Pilota non ebbe successo per resistenze interne causate da difficoltà a modificare lo stile di lavoro e ad introdurre nuove metodologie quali, ad esempio, il lavoro con le famiglie e la psicoeducazione.

Ciò venne confermato da un'indagine di Servizio del 2004 sulle cartelle di ricovero in SPDC che evidenziava come pazienti al primo ricovero per psicosi avevano nei due anni successivi all'ospedalizzazione contatti con il CSM scarsi o nulli. I contatti con il Servizio riprendevano dopo 2-4 anni (nuovo ricovero o richiesta dei familiari al CSM) e portavano spesso ad un inserimento in una struttura riabilitativa.

Dal 2010 al 2012 il Servizio ha aderito al Programma Strategico Nazionale Get Up² ed alla costituzione di un Team specializzato sovrazonale in grado di implementare trattamenti precoci, individualizzati e multicomponentiali nelle psicosi all'esordio.

L'implementazione del progetto ha permesso di raggiungere incoraggianti risultati per i casi all'esordio psicotico da noi trattati³.

I dati emersi dall'intervento sperimentale sono stati confrontati tramite un'analisi retrospettiva con quelli relativi al trattamento usuale offerto dal Servizio precedentemente all'avvio dell'intervento sperimentale Get Up.

Le informazioni per tale analisi sono state raccolte tramite il Database Informatico del Servizio, omologando le diverse variabili a quelle considerate nel Get Up (Tabella 1).

Variabili	Intervento Usuale	%	Get Up	%
Pazienti	16		23	
Genere maschile	12	75,0%	14	60,9%
Genere femminile	4	25,0%	9	39,1%
Età media	36		27	
Primo contatto CSM	8	50,0%	10	43,5%
Primo contatto SPDC	8	50,0%	13	56,5%
Ricoveri T9	2*	12,5%	1*	4,3%
Ricoveri T12	6*	37,5%	1*	4,3%
Invio a CRP	2	12,5%	1	4,3%
Contatti col CSM al T9	9*	56,3%	21*	91,3%
Non contatti CSM al T9	7*	43,7%	2*	8,7%
Psicoterapia al T9	1*	6,2%	20*	86,9%
Nr. medio di sedute	6		13,1	
Incontri familiari al T9	4*	25,0%	17*	73,9%
Nr. medio di incontri	2		9,35	

Tabella 1: l'analisi dei dati Intervento Usuale vs Intervento Sperimentale Get Up (*Student's t-distribution: $\alpha=0,001$)

Dall'analisi si è riscontrato che il trattamento sperimentale risultava più efficace in modo statisticamente significativo rispetto all'intervento usuale soprattutto per quanto riguardava la maggiore aderenza alle cure, il regolare mantenimento dei contatti con il Servizio e il minor tasso di re-ospedalizzazione.

Inoltre, nonostante il Servizio predisponesse da anni di cospicue risorse professionali (psicoterapeuti, medici, infermieri, assistenti sociali), il trattamento usuale risultava comunque deficitario nella presa in carico di pazienti all'esordio in termini di psicoterapia e psicoeducazione/intervento familiare.

I risultati ottenuti dall'Equipe dedicata, la volontà di attenersi alle indicazioni di letteratura⁴⁻⁵ e alle linee guida internazionali⁶ hanno dettato all'interno del Servizio la necessità di un definitivo cambiamento aprendo un dibattito sul "come proseguire" nel "dopo Get-Up".

Per implementare un progetto che integrasse le specificità dello studio e le peculiarità del nostro Servizio sono stati analizzati vantaggi e criticità riscontrate durante la realizzazione del Programma Strategico (Tabella 2). L'ipotesi di proseguire con un'Equipe sovrazonale, pur suggestiva, è parsa sin da subito irrealizzabile e sovradimensionata per il nostro bacino d'utenza. Onde evitare di disperdere quanto ottenuto dall'intervento sperimentale si è pensato quindi ad un passaggio di competenze, guidato e progressivo, dal Team Get Up alle Equipe territoriali con l'obiettivo ultimo di diffondere la cultura dell'intervento precoce nella pratica clinica di routine.

Per raggiungere tale obiettivo, un gruppo di lavoro formato dal Primario del Servizio, componenti del Team Get Up e i rappresentanti delle varie categorie professionali ha redatto nuovi protocolli di arruolamento, intervento e monitoraggio.

VANTAGGI	CRITICITÀ
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tempistica precoce: individuazione e trattamento di esordi psicotici e situazioni a rischio ▪ Assessment mirato al I contatto ▪ Terapia individualizzata ▪ Offerta terapeutica evidence-based, monitoraggio dell'intera processualità. ▪ Integrazione e collaborazione tra i settori del Servizio (SPDC-CSM-CRP) ▪ Definizione di ruoli, specificità di competenze ▪ Maggiore continuità dei contatti tra paziente e Servizio sia in fase di acuzie che in fase di stabilizzazione ▪ Individuazione dei segnali di rischio e di eventuali recidive con sensibile diminuzione degli episodi di re-ospedalizzazione ▪ Rapporto bidirezionale tra ricerca scientifica e attività clinica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Difficoltà nell'implementazione di un nuovo paradigma, mancanza di formazione e pensiero condiviso, rigidità di fronte al cambiamento. ▪ Difficoltà di collaborazione e condivisione tra equipe di appartenenza e Team specializzato. ▪ Atteggiamento attendista e d'urgenza vs atteggiamento interventista consigliato. ▪ Abitudine ed orientamento del servizio su percorsi protetti/istituzionalizzati con conseguente interruzione definitiva dell'identità e dei ruoli pre esordio.

Tabella 2: vantaggi e criticità riscontrate nell'implementazione del Programma Strategico

Get Up

La nuova processualità

Ne è conseguita la stesura di un documento di Servizio che definisce la processualità, la tempistica degli interventi, prevede un iter strutturato di segnalazione, assessment, intervento precoce multiprofessionale e multicomponentiale (Figura 1).

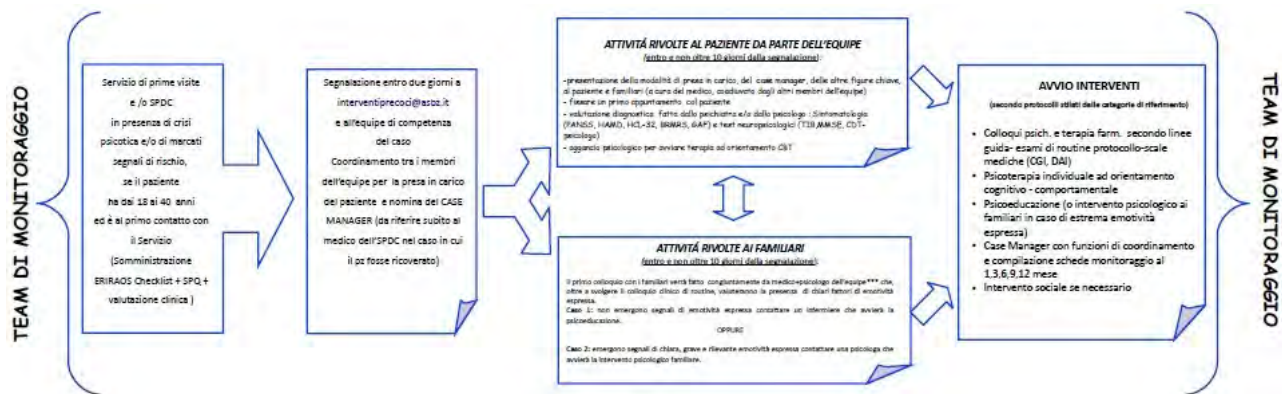


Figura 1: la nuova processualità

In sede di prima visita psichiatrica presso tutte le strutture del Servizio, il medico effettua una valutazione tramite Questionario di Screening per le Psicosi⁷ ed ERlraos Checklist⁸.

Nel caso di positività ai criteri di inclusione, segue la segnalazione del caso ad una email dedicata (interventiprecoci@asbz.it) e all'equipe di competenza territoriale che procede nell'offerta del pacchetto terapeutico specifico per le psicosi all'esordio. L'equipe di riferimento coordina nell'immediato la presa in carico ed individua la figura del case manager.

Si procede tempestivamente con assessment diagnostico svolto congiuntamente da medico e psicologo dell'equipe di appartenenza:

- valutazione clinica generale per la sintomatologia psicotica, depressiva, maniacale e del funzionamento globale (PANSS; HAM-D; HCL-32, BRMRS, GAF);
- valutazione neurocognitiva: Test di Intelligenza Breve (TIB), Mini Mental State Examination (MMSE), Clock-drawing Test (CDT);
- valutazione del carico familiare e del grado di emotività espressa effettuata tramite colloquio clinico.

Proposta terapeutica

Come riportato nella Figura 2, la nostra offerta terapeutica consiste in:

- **Intervento Medico**, diagnosi-prognosi-terapia. Lo psichiatra, coadiuvato dallo psicologo, è garante del progetto clinico di cura e coordina gli interventi dell'equipe multiprofessionale.
- **Psicoterapia individuale ad orientamento cognitivo - comportamentale**. È finalizzata ad integrare strategie di intervento quali la terapia farmacologica, le attività di riabilitazione specifiche, gli interventi psicoeducativi e familiari, basandosi inizialmente sulla comprensione del disagio, della sintomatologia e del modello vulnerabilità-stress.
- **Intervento familiare**. In presenza di chiari segnali di grave o rilevante emotività espressa viene attivato un intervento psicologico familiare; in assenza di questi si procederà con incontri psicoeducativi tenuti da infermieri professionali con formazione specifica. In entrambi i casi l'obiettivo è quello di coinvolgere la famiglia nel percorso di cura, accogliendo e sostenendo i vari membri nell'elaborazione dell'accaduto, dando chiare informazioni rispetto a disturbo, sintomatologia, eziopatogenesi, segnali precoci di crisi secondo il modello vulnerabilità-stress.
- **Case Management**. Il Case Manager è *garante del processo*, il primo punto di riferimento per utente e familiari, rappresenta l'equipe. Si interfaccia regolarmente con il Team di Monitoraggio.
- **Intervento sociale**. È compito dell'Assistente Sociale costruire percorsi individualizzati in ambito abitativo, lavorativo e /o di studio. L'identità e i ruoli pre-esordio dell'utente vanno sostenuti attraverso un ri-inserimento sociale normalizzante, congruo all'ambiente, scarsamente stigmatizzante.

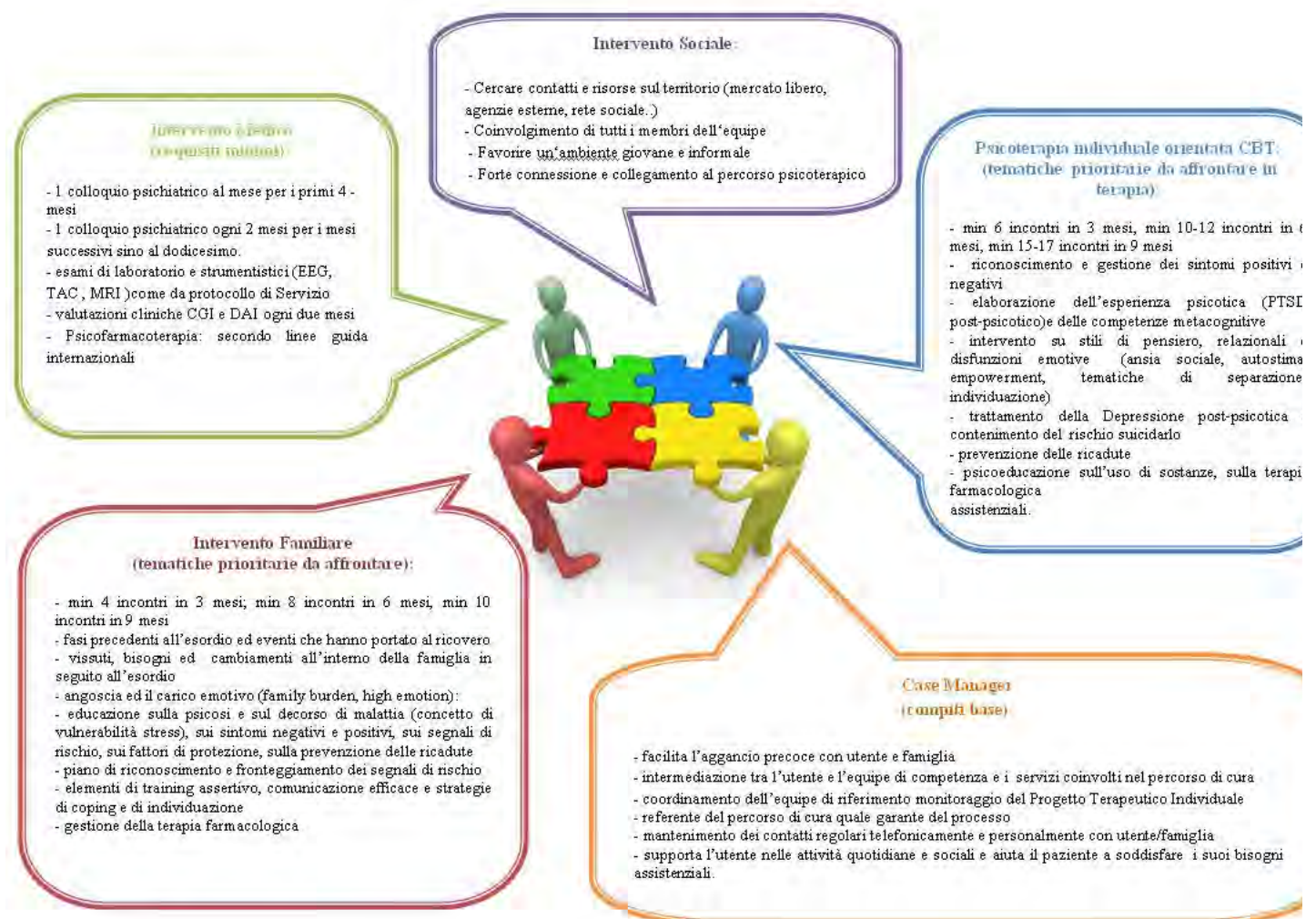


Figura 2: l'offerta terapeutica

Il Team di monitoraggio

La processualità del protocollo, sia a livello qualitativo che quantitativo è garantita dalla supervisione costante di un team di monitoraggio, che provvede alla raccolta dei dati (creazione di un Database) e funge da riferimento per le equipe. Vengono svolti incontri quadrimestrali tra team di monitoraggio ed equipe curante del caso per supervisione sia clinica che organizzativa. L'intero percorso terapeutico è monitorato attraverso la compilazione di moduli, al 1°, 3°, 6°, 9° e 12° mese di presa in carico, contenenti i dati anamnestici dell'utente, il numero e l'andamento degli interventi attivati, le scale di valutazione somministrate con i relativi punteggi. È cura del case manager far pervenire al team di monitoraggio tale documentazione.

Il nuovo "modus operandi" è stato presentato a ciascuna delle singole equipe territoriali dal Primario del Servizio e dal Responsabile del Progetto Interventi Precoci definendo successive riunioni di verifica a 12 mesi dall'inizio del nuovo progetto.

Dal 1° marzo 2012 il protocollo è operativo.

Il "monitoraggio intensivo" si protrarrà per 24 mesi dal primo contatto proseguendo poi per i successivi 36 mesi con richiesta di compilazione semestrale di apposite

schede dove verranno riportati tutti gli interventi attuati dall'equipe curante. Ogni 12 mesi per 5 anni dall'inizio degli interventi si procederà con una valutazione clinica generale e neurocognitiva che verrà effettuata con gli strumenti utilizzati in fase di assessment.

Al fine di diffondere la cultura dell'intervento basato sulle evidenze scientifiche e fornire una processualità condivisa e standardizzata, sono stati organizzati incontri ad hoc e corsi di formazione condotti sia da personale interno che da relatori esterni al Servizio.

I primi risultati

Nel corso dei primi 12 mesi, sono stati identificati 20 casi all'esordio psicotico sulla base del Questionario di Screening per le Psicosi (QSP). L'età media dei soggetti è di 26 anni (20-36), 4 femmine e 16 maschi. 14 pazienti hanno avuto il primo contatto tramite ricovero in SPDC, 6 presso il Servizio Prime Visite.

Ad un mese dall'esordio tutti i pazienti hanno avuto più contatti con le Equipe multiprofessionali di riferimento territoriale, nello specifico: tutti i pazienti (20/20) hanno avuto almeno una visita medico psichiatrica ed almeno un contatto con il Case Manager infermieristico (CM); 17/20 un primo colloquio psicologico; 15 famiglie sono state coinvolte, di cui 11 hanno avuto un primo colloquio di psicoeducazione e 4 di intervento psicologico familiare (Grafico 1).



Grafico 1: accessibilità al trattamento integrato ad un mese dalla segnalazione del caso

Grazie alla nuova processualità le Equipe territoriali sono riuscite a garantire a tutti i 20 pazienti, attraverso l'immediato contatto con le diverse figure professionali, il rapido accesso alle varie componenti di cura del trattamento integrato ed il conseguente avvio di progetti terapeutici.

Intervento precoce: un processo complesso, dinamico e continuo

Nonostante l'aggancio tempestivo, dopo 6 mesi di trattamento il 50% dei pazienti pur mantenendo i contatti con il Servizio non usufruisce pienamente del trattamento intensivo.

Gli operatori interessati segnalano spesso l'impossibilità dell'intervento per sopravvenuto rifiuto dell'utente nella fase post acuzie.

Fatte salve le note difficoltà all'aderenza terapeutica del paziente psicotico⁹⁻¹⁰, i dati da noi raccolti confermano come l'intervento tempestivo ed intensivo nelle psicosi debba essere considerato a tutti gli effetti un processo complesso dove lo stile di lavoro dell'equipe multiprofessionale risulta determinante per il mantenimento del progetto di cura.

Durante gli incontri di verifica abbiamo riscontrato come le Equipe che riescono a mantenere nel tempo un maggior numero di trattamenti intensivi, presentino le seguenti caratteristiche:

- Cultura e formazione condivisa rispetto all'adeguatezza e all'efficacia degli interventi evidence based nelle psicosi all'esordio.
- Ruolo centrale del medico psichiatra, coadiuvato dal dirigente psicologo, nell'assunzione di responsabilità del progetto terapeutico e nel coordinamento dei singoli interventi.
- Intensità di comunicazione dei singoli operatori, gli uni con gli altri, per quanto concerne le loro attività cliniche dirette e gli obiettivi terapeutici strategici (continuità trasversale)¹¹.
- Capacità nel pianificare progetti corresponsabilizzando utenti e familiari, nel verificarne congiuntamente la fattibilità, nel modificarli ogniqualvolta sia necessario.
- Convinzione sull'utilità del trattamento intensivo anche con sintomi positivi in remissione.
- Abilità nell'infondere consapevolezza ad utenti e familiari riguardo al decorso della patologia ed ai rischi di ricaduta.
- Disponibilità ad "uscire dagli schemi" nell'offerta terapeutica, stile assertivo, disponibilità al confronto con i familiari gestendo eventuali rifiuti alla diffusione di informazioni da parte del paziente e concordandone con lo stesso le modalità.

Intervento precoce.....compiti per domani

Il team di monitoraggio si pone costantemente nuovi obiettivi futuri su cui riflettere ed operare:

- Corso di formazione per i Medici di Medicina Generale, affinché i casi a rischio vengano segnalati tempestivamente ai Servizi competenti al fine di prevenire situazioni di acuzie e ridurre il numero di ricoveri in SPDC in sede di primo contatto.

- Collaborazione con il Servizio di Psichiatria e Psicoterapia dell'Età Evolutiva per conformare congiuntamente gli interventi e dare continuità al processo di cura nella fase di passaggio di competenze tra i Servizi.
- Aprire “nuovi canali” sul Territorio per avviare progetti di sostegno, di integrazione sociale, lavorativi, che rispondano alle richieste di un'utenza prevalentemente giovane evitando per quanto possibile percorsi eccessivamente stigmatizzanti ed istituzionalizzati¹².

Conclusione

Ad un anno dall'implementazione del Progetto i dati sin qui ottenuti, sia per numero di soggetti trattati che per qualità degli interventi, ci incoraggiano a proseguire sulla strada intrapresa con l'obiettivo ultimo di poter garantire all'utenza un modello d'intervento che coniughi la tempestività e l'intensività con l'equità, la scientificità, il rigore, la responsabilità, l'efficienza e l'efficacia del processo diagnostico-terapeutico.

Riferimenti

1. Cocchi A, Meneghelli A. Rischio ed esordio psicotico: una sfida che continua - Manuale d' intervento precoce. Editore: Edi-ermes. Milano, 2012.
2. Ruggeri M, Bonetto C, Lasalvia A, De Girolamo G, Fioritti A, Rucci P, Santonastaso P, Neri G, Pileggi F, Ghigi D, Miceli M, Scarone S, Cocchi A, Torresani S, Faravelli C, Zimmermann C, Meneghelli A, Cremonese C, Scocco P, Leuci E, Mazzi F, Gennarelli M, Brambilla P, Bissoli S, Bertani ME, Tosato S, De Santi K, Poli S, Cristofalo D, Tansella M; GET UP GROUP. A multi-element psychosocial intervention for early psychosis (GET UP PIANO TRIAL) conducted in a catchment area of 10 million inhabitants: study protocol for a pragmatic cluster randomized controlled trial. *Trials*. 2012; 13:73.
3. Furlato K., Perini M, Doimo S, Conca A, Torresani S. Get up in South Tyrol: un progetto recovery-oriented nelle psicosi all'esordio. Poster al Congresso "Migliorare il trattamento precoce delle psicosi, l'impatto del programma strategico Get Up". Verona, 2-3 marzo 2012.
4. McGorry P. The mental health of young people: a new frontier in the health and social policy of the 21st century. *Early Intervention in Psychiatry*. 2011; 5: 13.
5. Fowler D , Hodgekins J , Howells L et al. Can targeted early intervention improve functional recovery in psychosis? A historical control evaluation of the effectiveness of different models of early intervention service provision in Norfolk 1998-2007. *Early Intervention in Psychiatry*, 2009; 3: 282-288.
6. Buchanan RW, Kreyenbuhl J, Kelly DL et al. Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT). The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull*. 2010 Jan; 36(1):71-93.
7. Jablensky A , Sartorius N , Ernberg E et al. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures: a World Health Organization 10-country study. *Psychological Medicine*, Monograph supplement 20. 1992; Cambridge: Cambridge University Press.
8. Maurer K, Hormann F, Schmidt M, Trendler G, Hafner H. The early recognition inventory: structure, reliability and initial results. *Schizophr. Res.* 2000; 67 (suppl).
9. Bebbington PE. The content and context of compliance. *Internal Clin Psychopharmacol*. 1995; 9 (suppl 5):41-50
10. Fenton, WS, Blyler CR, Heinssen RK. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophrenia Bulletin*, 1997; 23, 637-651.
11. Thomicroft G, Tansella M. *Better Mental Health Care*. Cambridge University Press, 2008.
12. Cocchi A et al. Gli insegnamenti dell'Early Intervention in Psychosis. *Nuova rassegna di Studi Psichiatrici*, 2011; n.2.

Stefano Torresani (corresponding author)

stefano.torresani@asbz.it; interventi.precoci@asbz.it

telefono 0471/907010 fax 0471/907016