



<https://buildingtrust.org/practice/discharge-virtual-visits/>

Visite di dimissione virtuali

Le Visite di dimissione virtuali hanno creato fiducia reinventando il processo di transizione assistenziale per pazienti ospedalizzati, al fine di creare continuità tra i pazienti e i professionisti degli ospedali e realizzare una transizione sicura verso una rete territoriale. In che modo ciò crea affidabilità? Gli elementi essenziali della fiducia – attenzione e competenza – sono stati forniti ai pazienti dimessi attraverso visite di follow-up in telemedicina dei medici che li hanno assistiti durante il ricovero, e i membri del team di assistenza hanno aiutato a risolvere eventuali problemi identificati.

Come funzionano

Questa pratica mira a reinventare il processo di transizione dell'assistenza per i pazienti ospedalizzati per creare maggior fiducia e continuità tra pazienti e professionisti degli ospedali, nonché per realizzare una transizione sicura verso una rete territoriale (sia nuova che preesistente). Molti pazienti hanno l'impressione che la loro rete di supporto clinico svanisca quando lasciano l'ospedale poiché spesso non ci sono modi affidabili per contattare l'équipe medica che dimette. Inoltre, i pazienti a volte hanno l'impressione che i professionisti degli ospedali non si sentano più responsabili nei loro confronti una volta che essi lasciano l'ospedale.

La pratica consiste nella programmazione, per tutti i pazienti dimessi a casa, di una visita di follow-up con gli stessi medici che li hanno assistiti durante il ricovero. Se i pazienti hanno un dispositivo telefonico con la possibilità di effettuare videochiamate, per loro viene programmata una video visita virtuale. Se non hanno un videotelefono, viene programmata una telefonata.

Queste visite/chiamate virtuali avvengono entro il secondo giorno dalla dimissione dall'ospedale. Tali procedure non sostituiscono il follow-up normalmente programmato presso il medico di assistenza primaria entro i 7-10 giorni successivi alla dimissione.

Sia il medico ospedaliero strutturato che lo specializzando anziano del team di cura effettuano queste visite con i loro pazienti precedentemente dimessi in determinati giorni della settimana. Durante la chiamata, i professionisti dell'ospedale valutano i sintomi clinici, la comprensione dei farmaci e qualsiasi problema con i servizi a domicilio o la configurazione delle apparecchiature mediche. È stato realizzato un programma di lavoro (diagramma di flusso, algoritmo, checklist) per l'appropriato coinvolgimento dei membri del team, finalizzato a risolvere ogni problema

eventualmente identificato con l'aiuto della gestione dell'assistenza, dell'assistenza sociale, della farmacia e del team dedicato all'esperienza del paziente.

Spesso la parte più difficile del ricovero di un paziente è il passaggio a casa. Utilizzando il rapporto consolidato dei pazienti con i professionisti che li hanno curati, queste visite assicurano che non si verifichino problemi durante la transizione.

Capacità e competenze

La pratica della visita virtuale di dimissione richiede il perfezionamento delle capacità di telemedicina, la comprensione del triage clinico e la consapevolezza dei problemi non clinici che richiedono attenzione specifica per il benessere del paziente.

Abbiamo predisposto un accurato percorso formativo per i medici (strutturati e specializzandi) al fine di perfezionare queste abilità per le cure virtuali. Abbiamo costruito un programma di lavoro riproducibile/ampliabile per tutti i problemi non clinici, per aiutare i caregivers a fornire ai loro pazienti l'assistenza di cui essi hanno bisogno una volta a casa.

Probabilmente, l'abilità più importante che accomuna tutte queste competenze è la capacità di comunicare efficacemente con i pazienti per quanto riguarda la loro salute, i farmaci e l'assistenza domiciliare.

Origini

La nostra unità medica voleva migliorare i nostri sforzi in merito all'educazione dei pazienti, alla sicurezza delle transizioni assistenziali e all'istituzione di un adeguato follow-up ambulatoriale affinché i pazienti potessero continuare le loro cure mediche. Inoltre, volevamo creare un rapporto fiduciario e continuativo tra i nostri medici e i loro pazienti anche dopo la dimissione.

La nostra pratica routinaria garantisce un adeguato follow-up ambulatoriale. Per i pazienti con un medico di cure primarie già identificato, noi programiamo un follow-up di dimissione dopo 7-10 giorni. Per i pazienti senza un curante, formuliamo la prescrizione di una visita di follow-up dopo 7-10 giorni.

Oltre a programmare il follow-up, volevamo assicurarci che tutti i servizi, i farmaci e l'assistenza clinica da noi previsti fossero effettuati in modo appropriato quando il paziente torna a casa. Vedere lo stesso medico responsabile del coordinamento delle cure in ospedale crea un senso di fiducia con i pazienti in modo che essi non si sentano isolati e abbandonati se ci sono problemi una volta a casa.

Efficacia

Durante la nostra fase pilota negli ultimi tre mesi, abbiamo assistito a un miglioramento dei punteggi di soddisfazione dei pazienti della nostra unità per quanto riguarda la transizione dell'assistenza, la comunicazione con i medici e le informazioni sulle dimissioni.

Aneddoticamente, i nostri pazienti (e molte volte i loro caregiver) sono entusiasti di partecipare poiché sono spesso nervosi per il passaggio a casa. Abbiamo programmato quasi più di cento visite virtuali o telefoniche. Abbiamo consigliato i pazienti sui farmaci, li abbiamo istruiti sull'assistenza domiciliare, affrontato problemi di prescrizione con la farmacia, identificato consegne fallite di

apparecchiature mediche e gestito problemi di relazione con i pazienti durante la degenza ospedaliera.

Inoltre, i medici specializzandi hanno trovato l'attività gratificante e hanno spesso apportato modifiche chiave al proprio processo di dimissione per contribuire a migliorare l'educazione del paziente.

Man mano che i nostri numeri cresceranno quando coinvolgeremo altre unità, saremo in grado di studiare meglio gli effetti sulla soddisfazione dei pazienti e sui tassi di riammissione.

Riproducibilità/ampliabilità

Sì, questa pratica è riproducibile/ampliabile. Abbiamo ideato un programma di lavoro medico tenendo in conto sia la pianificazione che la riproducibilità, affinché esso possa essere introdotto efficacemente in diverse unità di degenza di medicina generale. In aggiunta, esso potrebbe essere riproducibile ed efficace anche nelle unità chirurgiche, poiché anch'esse devono affrontare molte delle stesse difficoltà relative alla fiducia sulle transizioni dell'assistenza al momento della dimissione.