CCO a: Consulenza e servizio alla clientela

**Situazione cliente**

|  |  |
| --- | --- |
| **Cognome / Nome / Numero** | **Data / Inizio / Fine** |
| **.....................................................................................................................** | **.....................................................................................................................** |

**Informazioni sullo svolgimento**

Il gioco di ruolo è una nuova situazione di consulenza, vale a dire che nessuna informazione proveniente da altri compiti e da altre posizioni è rilevante per la soluzione.

Il colloquio dura **circa 10 minuti** e contiene i seguenti punti (totale tre colloqui posizione 1; 45 minuti):

In precedenza: chiarimento dei ruoli esperti (chi assume quale ruolo)

Presentazione del problema da parte della clientela

Chiarimento dei disturbi tramite LINDAAFF (per chi, quanto tempo...)

Operazione di vendita

Un’obiezione da parte della cliente, ad esempio in materia di galenici

Reazione all'obiezione / prosecuzione dell’operazione di vendita, compreso l’impiego

Almeno 1 supplemento terapeutico (prodotto, consigli)

Almeno 1 misura di prevenzione

Conclusione della vendita, offerta di assistenza successiva / post-vendita

**Documenti / materiali necessari**

**Informazioni sul gioco di ruolo**

|  | Domanda candidato/a | Sì | Risposte esperto/a / *aspettative* | Commenti / osservazioni |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Introduzione |  |  |  |
| **Accoglienza/GWP** | Accoglienza/Benvenuto | ☐ |  |  |
| Questione/motivo | ☐ |  |  |
| Identificazione | ☐ |  |  |
| Altri medicamenti /  cosa è già stato fatto | ☐ |  |  |
| Situazioni di rischio | ☐ |  |  |
| **LINDAAFF** | Localizzazione | ☐ |  |  |
| Intensità / scala del dolore | ☐ |  |  |
| Natura e tipo di disturbo | ☐ |  |  |
| Durata | ☐ |  |  |
| Altri sintomi | ☐ |  |  |
| Altre malattie e terapie | ☐ |  |  |
| Fattori aggravanti | ☐ |  |  |
| Fattori di miglioramento | ☐ |  |  |
|  | ***Delimitazione corretta delle competenze, triage*** | ☐ |  |  |
| **Operazione di vendita** | Selezione dei prodotti, ad es. | ☐ |  |  |
| Argomentazione/benefici per il/la cliente | ☐ |  |  |
| Vantaggi e svantaggi | ☐ |  |  |
| Galenici adatti | ☐ |  |  |
| Suggerimento per la terapia | ☐ |  |  |
| ***Obiezione cliente*** | | | |
| Prodotto alternativo adatto, ad es. | ☐ |  |  |
| Argomentazione/benefici per il/la cliente | ☐ |  |  |
| Vantaggi e svantaggi | ☐ |  |  |
| Galenici adatti | ☐ |  |  |
| Suggerimento per la terapia | ☐ |  |  |
| **Terapia** | Impiego: come? | ☐ |  |  |
| Quanto spesso ? | ☐ |  |  |
| Quanto tempo ? | ☐ |  |  |
| Possibile indicazione di eventuali effetti collaterali | ☐ |  |  |
| Etichetta della posologia | ☐ |  |  |
| **Integratore terapeutico** | Integratore/supplemento terapeutico adatto (almeno 1), ad es. | ☐ |  |  |
| Informazioni necessarie sull’integratore/supplemento terapeutico | ☐ |  |  |
| Giustificazione per l’integratore / il supplemento terapeutico | ☐ |  |  |
| **Misure di prevenzione** | Misure di prevenzione adatta (almeno 1), ad es. | ☐ |  |  |
| **Conclusione** | Ulteriori esigenze / domande aperte chiarite | ☐ |  |  |
| Offerta di assistenza successiva / post-vendita | ☐ |  |  |
| Conclusione della vendita | ☐ |  |  |