

Posizione 1 A: Disturbi del sonno

CCO a: Consulenza e servizio alla clientela

Situazione cliente

Un'anziana signora chiede per suo marito un sonnifero naturale adatto che possa essere usato senza problemi anche in caso di guida.

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 delle esigenze ai sensi di LINDAAF (per chi, per 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 integrazione della terapia (prodotto, suggerimenti)
- Almeno 1 proposta di prevenzione
- Conclusione della vendita, offerta di assistenza successiva / post-vendita

Documenti / materiali necessari

Nessuno

Posizione 1 A: Disturbi del sonno

Informazioni sul gioco di ruolo

| | Domanda candidato/a | Sì | Risposte esperto/a / aspettative | Commenti/osservazioni |
|-----------------|---|--------------------------|--|-----------------------|
| Accoglienza/GWP | Accoglienza/Benvenuto | <input type="checkbox"/> | | |
| | Questione/motivo | <input type="checkbox"/> | - Una cliente anziana desidera qualcosa a base naturale per dormire tutta la notte. | |
| | Identificazione | <input type="checkbox"/> | - Per suo marito, (83) | |
| | Altri medicinali / cosa è già stato fatto | <input type="checkbox"/> | - Sì, Zolpidem dal medico - Non vuole assumerlo perché teme di perdere la patente di guida | |
| | Situazioni di rischio | <input type="checkbox"/> | - Ipertensione - Diabete di tipo 2 - Nessuna allergia | |
| LINDAFFF | Localizzazione | <input type="checkbox"/> | | |
| | Intensità / scala del dolore | <input type="checkbox"/> | - Non riesce sempre ad addormentarsi facilmente o a dormire per tutta la notte. | |
| | Natura e tipo di disturbo | <input type="checkbox"/> | - Rimane sveglio a letto, si agita - Non si riesce più ad addormentarsi - In genere tra le 22.00 e le 2.00 di mattina | |
| | Durata | <input type="checkbox"/> | - Per 1-2 mesi - Ma ultimamente è diventato stressante perché a volte è stanco durante il giorno. | |

Posizione 1 A: Disturbi del sonno

| | Domanda candidato/a | Sì | Risposte esperto/a / aspettative | Commenti/osservazioni |
|------------------------------|---|--------------------------|--|-----------------------|
| LINDA AFF | Altri sintomi | <input type="checkbox"/> | - In realtà no - A parte il cattivo umore | |
| | Altre malattie e terapie | <input type="checkbox"/> | - Ipertensione, diabete | |
| | Fattori aggravanti | <input type="checkbox"/> | - Cattivo tempo prolungato | |
| | Fattori di miglioramento | <input type="checkbox"/> | - Quando i nipoti vengono a trovarlo. | |
| | Delimitazione corretta delle competenze, triage | <input type="checkbox"/> | Nota esperto/a: non necessario | |
| Operazione di vendita | Selezione dei prodotti, ad es. - <i>Oyono</i> - <i>Zeller Sonno forte</i> - <i>Preparato a base di valeriana</i> | <input type="checkbox"/> | Nota esperto/a: esclusi: Benocten, Sanalepsi | |
| | Argomentazione/benefici per il/la cliente | <input type="checkbox"/> | | |
| | Vantaggi e svantaggi | <input type="checkbox"/> | | |
| | Galenici adatti | <input type="checkbox"/> | | |
| | Suggerimento per la terapia | <input type="checkbox"/> | | |
| | Obiezione cliente | | | |
| | Prodotto alternativo adatto, ad es. | <input type="checkbox"/> | La prima raccomandazione è invalidata da una delle seguenti obiezioni (selezione): - Obiezione: non funziona comunque - Obiezione: prezzo | |

Posizione 1 A: Disturbi del sonno

| | Domanda candidato/a | Sì | Risposte esperto/a / aspettative | Commenti/osservazioni |
|------------------------------|--|--------------------------|---|------------------------------|
| Operazione di vendita | Argomentazione/benefici per il/la cliente | <input type="checkbox"/> | | |
| | Vantaggi e svantaggi | <input type="checkbox"/> | | |
| | Galenici adatti | <input type="checkbox"/> | | |
| | Suggerimento per la terapia | <input type="checkbox"/> | | |
| Terapia | Impiego: come? | <input type="checkbox"/> | | |
| | Quanto spesso? | <input type="checkbox"/> | | |
| | Quanto tempo? | <input type="checkbox"/> | | |
| | Possibile indicazione di eventuali effetti collaterali | <input type="checkbox"/> | | |
| | Etichetta della posologia | <input type="checkbox"/> | | |

Posizione 1 A: Disturbi del sonno

| | Domanda candidato/a | Sì | Risposte esperto/a / aspettative | Commenti/osservazioni |
|-------------------------|---|--------------------------|--|-----------------------|
| Integratore terapeutico | Integratore/supplemento terapeutico adatto (almeno 1), ad es. - <i>Similasan Disturbi del sonno</i> - <i>Sali di Schüssler</i> - <i>Magnesio</i> - <i>Tè del sonno e dei nervi Si-droga</i> - <i>Bagno rilassante</i> - <i>Maschera per il sonno</i> - <i>Oli eterici / profumo per ambienti</i> - <i>Weleda Calmedoron</i> - <i>Zeller rilassamento</i> - <i>Berocca</i> | <input type="checkbox"/> | Nota esperto/a: chiedere/chiarimento se il/la candidato/a non ne parla direttamente | |
| | Informazioni necessarie sull'integratore/supplemento terapeutico | <input type="checkbox"/> | | |
| | Giustificazione per l'integratore / il supplemento terapeutico | <input type="checkbox"/> | | |
| Misure di prevenzione | Misura di prevenzione adatta (almeno 1), ad es. - <i>Diario del sonno</i> - <i>Ambiente di riposo corretto</i> - <i>Evitare la caffeina e l'alcol la sera</i> - <i>Ritmo nutrizionale costante</i> - <i>Niente pasti pesanti la sera</i> - <i>Attività fisica quotidiana regolare e sufficiente</i> - <i>Camminate prima di andare a letto</i> - <i>Aromaterapia</i> | <input type="checkbox"/> | Nota esperto/a: non richiedere | |

Posizione 1 A: Disturbi del sonno

| | Domanda candidato/a | Sì | Risposte esperto/a / aspettative | Commenti/osservazioni |
|--------------------|---|--------------------------|---|------------------------------|
| Conclusione | Ulteriori esigenze / domande aperte chiarite | <input type="checkbox"/> | | |
| | Offerta di assistenza successiva / post-vendita | <input type="checkbox"/> | | |
| | Conclusione della vendita | <input type="checkbox"/> | | |