

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

**Posizione 1 A: Disturbi del sonno**

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

**Posizione 1 A: Disturbi del sonno**

	<b>Domanda candidato/a</b>	<b>Sì</b>	<b>Risposte esperto/a / aspettative</b>	<b>Commenti/osservazioni</b>
<b>Operazione di vendita</b>	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"/>		
<b>Terapia</b>	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"/>	<b>Nota esperto/a: chiedere/chiarimento se il/la candidato/a non ne parla direttamente</b>	
	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"/>	<b>Nota esperto/a: non richiedere</b>	

**Posizione 1 A: Disturbi del sonno**

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