



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Direzione U.O.C. Farmaceutica Territoriale  
Via Sanremo, 78 Potenza  
Tel. 0971 440096-440097

Prot. n. 20250120683 del 23 DICEMBRE 2025

Alle Farmacie Convenzionate con il SSR  
per il tramite dell'Associazione Sindacale Federfarma  
di Potenza e Matera

e, p.c.

Alla Direzione Strategica

**Oggetto: Accordo Quadro Biosimilari (Aggiornamento Elenco n. 2) – Indicazioni.**

Per i conseguenti adempimenti prescrittivi, si informa che questa Azienda ha preso atto della aggiudicazione del Nuovo Accordo Quadro – Regione Basilicata - (prodotti farmaceutici biologici originator/biosimilari) e dell'autorizzazione da parte di SCR Piemonte all'adesione alla Convenzione Settimo Appalto Specifico del Sistema Dinamico di Acquisizione ex art. 55- D.Lgs n. 50/2026 e s.m.i. per la fornitura di farmaci ed emoderivati.

Nella pagina successiva si riporta la tabella con i farmaci aggiudicati nelle gare, in ordine decrescente di posizione in graduatoria per ciascun lotto, ai fini delle eventuali prescrizioni mediche da erogarsi nella modalità distributiva per conto (DPC).

Secondo quanto previsto nel Capitolato Tecnico (art.1) della gara in argomento, e della DGRB 704/2024, il medico prescrittore dovrà attenersi scrupolosamente a quanto sotto riportato:

- 1. Per i Drug Naive**, per ciascun lotto, è tenuto a prescrivere il I° classificato;
- 2. In alternativa**, per i Drug Naive, può prescrivere il II° o III° classificato in ragione di particolari esigenze cliniche legate a:
  - a) Patologia da trattare (a titolo esemplificativo: documentata inefficacia terapeutica di uno specifico prodotto farmaceutico, controindicazione di uno specifico trattamento terapeutico);
  - b) Caratteristiche dei pazienti (es. età, intolleranze o ipersensibilità a specifici eccipienti e/o conservanti, documentate dalla compilazione della “scheda di segnalazione di sospetta reazione avversa al farmaco” inviata al Responsabile Locale di Farmacovigilanza);

**In entrambi i casi (a e b), sulla base di motivata relazione a supporto della prescrizione farmaceutica, da riportare sull'eventuale Piano Terapeutico (PT) e sulla ricetta.**

- 3. Per i pazienti già in trattamento**, potrà garantire la **continuità terapeutica** con uno dei farmaci aggiudicati, sulla base di una attestazione scritta, **da riportare sull'eventuale Piano Terapeutico (PT) e sulla ricetta;**



N. LOTTO	GRADUATORIA	RAGIONE SOCIALE FORNITURA	CODICE ATC	PRINCIPIO ATTIVO	NOME COMMERCIALE
1	I°	PFIZER SRL	B03XA01	EPOETINA	RETACRIT
1	II°	SANDOZ SPA	B03XA01	EPOETINA	BINOCRIT
2	I°	PFIZER SRL	L03AA02	FILGASTRIM	NIVESTIM
2	II°	SANDOZ SPA	L03AA02	FILGASTRIM	ZARZIO
2	III°	ACCORD HEALTHCARE ITALIA SRL	L03AA02	FILGASTRIM	ACCOFIL
3	I°	ELI LILLY ITALIA SPA	A10AE04	INSULINA GLARGINE	ABASAGLAR
5	I°	SANDOZ SPA	H01AC01	SOMATROPINA	OMNITROPE
5	II°	MERCK SERONO	H01AC01	SOMATROPINA	SAIZEN
8	I°	ROVI BIOTECH	B01AB05	ENOXAPARINA	ENOXAPARINA ROVI
8	II°	SANOFI S.R.L. SOCIO UNICO	B01AB05	ENOXAPARINA	CLEXANE
8	III°	ITALFARMACO SPA.	B01AB05	ENOXAPARINA	GHEMAXAN
9	I°	GEDEON RICHTER ITALIA.	G03GA05	FOLLITROPINA ALFA DNA RICOMBINANTE	BEMFOLA
9	II°	THERAMEX ITALY SRL	G03GA05	FOLLITROPINA ALFA DNA RICOMBINANTE	OVALEAP
9	III°	MERCK SERONO	G03GA05	FOLLITROPINA ALFA DNA RICOMBINANTE	GONAL
12	I°	ACCORD HEALTHCARE ITALIA SRL	L03AA13	PEGFILGASTRIM	PELGRAZ
12	II°	SANDOZ SPA	L03AA13	PEGFILGASTRIM	ZIEXTENZO

4. Per i farmaci biologici originator non offerenti, cioè non presenti nella tabella di cui sopra, poiché non hanno presentato offerta nelle gare, potranno essere erogati in DPC o in Convenzionata, esclusivamente qualora il medico prescrittore, ritenuto opportuno, prescriva tali farmaci redigendo a supporto, apposita relazione clinica, compilando la “SCHEMA DI PRESCRIZIONE FARMACO BIOLOGICO”, che ne giustifichi l’uso esclusivo, secondo quanto stabilito dalla DGR della Basilicata n° 704 del 28.11.2024, e riportando sull’eventuale Piano Terapeutico e sulla ricetta i formalismi di non sostituibilità.

**In caso di assenza delle indicazioni prescrittive di cui sopra e delle integrazioni del caso, la ricetta è da ritenersi non valida.**

**Inoltre, in caso di prescrizione specialistica dei farmaci di che trattasi, con il solo nome del Principio Attivo, il medico di MG o il Pediatra di LS sarà tenuto a prescrivere su ricetta il farmaco biologico posizionato al I° posto in graduatoria, per ciascun lotto, fatte salve decisioni diverse da parte dello stesso da riportare su ricetta.**



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Gli elenchi aggiornati, che sostituiscono e annullano tutti i precedenti, saranno resi disponibili sul sito istituzionale dell'ASP secondo il percorso indicato:

**<https://www.aspbasilicata.it/organizzazione/azienda/dipartimenti/dipartimento-dei-servizi/farmaceutica-territoriale/>**

scorrendo la pagina visualizzata, consultare il contenuto delle voci:

**Elenco n.1 – Farmaci da dispensare in DPC – Validità 01.01.2026;**

**Elenco n.2 – Accordo Quadro Biologici – Validità 01.01.2026.**

Si precisa, inoltre che tali aggiornamenti verranno correttamente riportati nel sistema Web DPC – Regione Basilicata.

Nel rimanere a disposizione per eventuali chiarimenti, si porgono distinti saluti.

Il Dirigente Farmacista  
Dr. Giorgio Iardino