REGIONE PIEMONTE

AZIENDA ZERO

# LINEE DI INDIRIZZO

# DIAGNOSI, PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLA SCABBIA

**Agosto 2026**

**Regione Piemonte – Assessorato alla Sanità**
**Settore "Programmazione dei servizi sanitari e socio-sanitari"**
**Azienda Zero**
**SC Medicina Territoriale e Reti di Patologia**

# PREMESSA

L'articolo 1 della legge regionale (LR) 26 ottobre 2021, n. 26 (in seguito parzialmente modificata dall'art. 1 della L.R. n. 2 del 25 marzo 2022) ha previsto l'istituzione dell'Azienda Sanitaria Zero, quale Ente del Servizio Sanitario Regionale dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia amministrativa, patrimoniale, organizzativa, contabile, gestionale e tecnica.

Con Decreto del Presidente della Giunta Regionale (DPGR) n. 9 del 18/2/2022 è stata costituita, ai sensi e per gli effetti della citata legge regionale 26 ottobre 2021, n. 26, l'Azienda Zero.

Con Deliberazione della Giunta Regionale (DGR) 28 giugno 2022, n. 4-5268 sono state attribuite ad Azienda Zero le prime funzioni, tra cui "coordinamento in materia di medicina territoriale, con particolare riferimento ai percorsi di presa in carico e gestione dei pazienti fragili-cronici e di continuità ospedale-territorio, nonché delle attività relative all'assistenza primaria".

La DGR n. 6-5905 del 04.11.2022 avente ad oggetto: "L.R. n. 26 del 26/10/2021 – Azienda Sanitaria Zero - Approvazione del Piano di Attività annuale 2022", ha disposto testualmente che: "L'Azienda Zero attiva e coordina, di concerto con il Settore Programmazione dei servizi sanitari e sociosanitari dell'Assessorato alla Sanità, i tavoli aventi per tematica lo sviluppo e il monitoraggio delle Reti di Patologia".

La Deliberazione del Consiglio Regionale (DCR) n. 272-9734 del 12 aprile 2023, recante "Individuazione, ai sensi dell'articolo 23, comma 3, della legge regionale 6 agosto 2007, n. 18, di ulteriori servizi amministrativi e di supporto da attribuire all'Azienda Sanitaria Zero istituita dalla legge regionale 26 ottobre 2021, n. 26", fra gli ulteriori servizi amministrativi e di supporto da attribuire all'Azienda Sanitaria Zero ha previsto il coordinamento reti di patologia.

# SOMMARIO


| | | |
|---|---|---|
| 1. | INTRODUZIONE | 3 |
| 2. | GRUPPO DI LAVORO E COORDINAMENTO | 7 |
| 3. | GLOSSARIO-TERMINOLOGIA-ABBREVIAZIONI | 9 |
| 4. | SCOPO | 9 |
| 5. | CAMPO DI APPLICAZIONE | 9 |
| 6. | MODALITÁ OPERATIVE | 10 |
| 7. | FLOW-CHART | 19 |
| 8. | CICLO DI VITA DEL DOCUMENTO | 20 |
| 9. | BIBLIOGRAFIA | 20 |

# 1. INTRODUZIONE

La scabbia umana è una malattia cutanea infettiva, ectoparassitaria, causata da Sarcoptes scabiei var. hominis, un artropode appartenente all'ordine Acarina, classe Arachnida, ordine Astigmata e famiglia Sarcoptidae. Si trasmette nella maggior parte dei casi per contatto interumano diretto.

Per la sua elevata trasmissibilità e la facilità con cui può diffondersi in contesti familiari, comunitari e socio-sanitari, la scabbia richiede un approccio gestionale non esclusivamente clinico, ma fortemente orientato alla collaborazione tra tutti i soggetti coinvolti. Il controllo dell'infestazione risente in modo determinante dall'adozione tempestiva e coordinata di comportamenti condivisi da parte di operatori sanitari, pazienti, caregiver e strutture assistenziali.

L'efficacia delle misure di contenimento è strettamente legata all'identificazione precoce dei casi, al trattamento simultaneo dei soggetti sintomatici e dei contatti stretti, nonché all'applicazione corretta delle misure igienico-ambientali. La mancata adesione anche parziale a tali indicazioni può favorire la persistenza della trasmissione e la ricorrenza di focolai, soprattutto in contesti ad alta densità assistenziale.

Le presenti linee di indirizzo si propongono di promuovere un approccio omogeneo e condiviso alla gestione della scabbia, rafforzando la collaborazione tra servizi sanitari territoriali, strutture residenziali e ospedaliere, medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS) al fine di garantire un intervento tempestivo, coordinato ed efficace nel controllo della diffusione dell'infestazione.

## 1.1 EPIDEMIOLOGIA

Dai dati del report SEREMI edizione 2025 "La Scabbia in Piemonte" nel 2024, in Piemonte sono stati notificati 2.239 casi di scabbia, con un tasso di incidenza pari a 53 casi ogni 100.000 abitanti. Il dato conferma un trend di crescita costante negli ultimi anni, in linea con quanto osservato a livello nazionale e in diversi Paesi europei (tra cui Germania, Croazia, Spagna, Norvegia e Paesi Bassi), con un aumento particolarmente marcato nel biennio 2023-2024. Le segnalazioni hanno infatti registrato un aumento a partire dall'anno 2022, risultando più che raddoppiate tra il 2021 e il 2023 (da 836 a 2.020 casi) e superando i 2.200 nel 2024, con un'incidenza più che triplicata rispetto al periodo precedente il 2022 [Grafico 1].

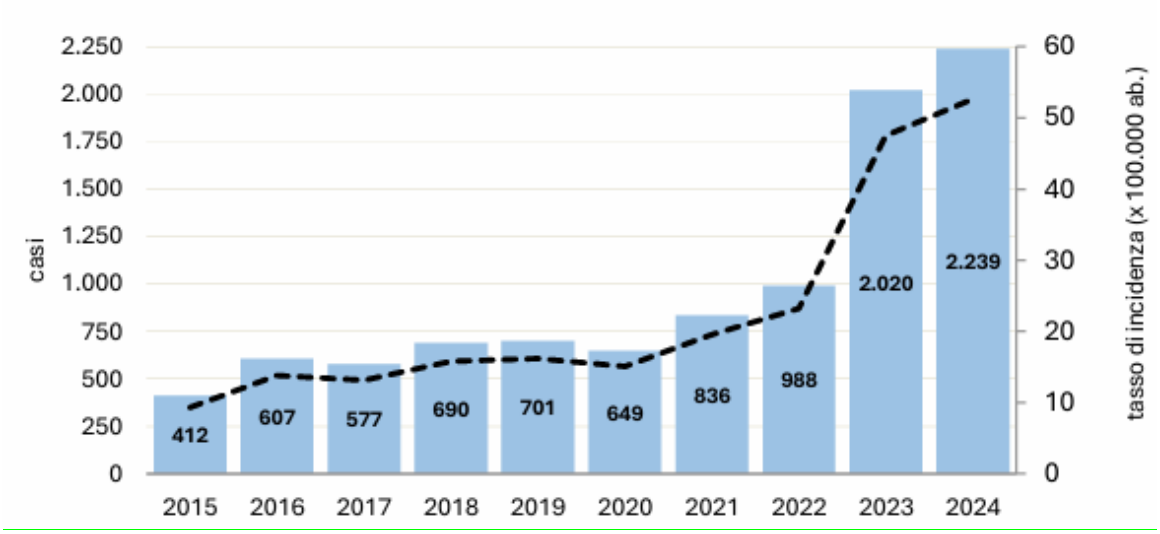



**Grafico 1.** Andamento dei tassi di incidenza scabbia (anni 2015-2024) - report SEREMI edizione 2025 "La Scabbia in Piemonte"

L'andamento crescente delle notifiche di scabbia in Piemonte nel periodo 2015-2024 è confermato anche dall'analisi provinciale. Nel 2024 si osserva un ulteriore aumento dei casi rispetto all'anno precedente in diverse province, tra cui Biella, Cuneo, Torino e Verbano-Cusio-Ossola. Tuttavia, tali incrementi risultano complessivamente contenuti e nettamente inferiori rispetto alla crescita più marcata registrata tra il 2022 e il 2023 [Tabella 1].

| PROVINCIA e ASL di DOMICILIO | CASI (n) [tasso incidenza x 100.000 ab.] | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2015-2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
| **ALESSANDRIA** (ASL AL) | 418 [19,1] | 97 [22,6] | 189 [44,9] | 195 [46,6] | 415 [99,4] | 394 [94,3] |
| **ASTI** (ASL AT) | 152 [14,9] | 29 [14,5] | 42 [21,2] | 55 [27,9] | 128 [65,2] | 82 [41,8] |
| **BIELLA** (ASL BI) | 73 [8,6] | 6 [3,6] | 2 [1,2] | 32 [19,7] | 89 [55,1] | 111 [68,8] |
| **CUNEO** | 478 [16,2] | 55 [9,4] | 53[9,1] | 81 [14,0] | 199 [34,3] | 303 [52,0] |
| ASL CN1 | 410 [19,6] | 39 [9,4] | 47 [11,4] | 65 [15,8] | 148 [36,0] | 212 [51,3] |
| ASL CN2 | 68 [7,9] | 16 [9,4] | 6 [3,5] | 16 [9,4] | 51 [30,1] | 91 [53,8] |
| **NOVARA** (ASL NO) | 309 [17,9] | 83 [24,1] | 142 [41,5] | 114 [33,4] | 267 [78,0] | 243 [70,7] |
| **TORINO** | 1.284 [11,3] | 344 [15,4] | 361 [16,3] | 432 [19,6] | 766 [34,7 | 925 [42,0] |
| ASL Città di Torino | 771 [17,6] | 213 [24,8] | 207 [24,1] | 228 [26,9] | 383 [45,2] | 450 [53,1] |
| ASL TO3 | 187 [6,4] | 50 [8,7] | 74 [12,9] | 73 [12,7] | 107 [18,7] | 179 [31,4] |
| ASL TO4 | 190 [7,4] | 32 [6,3] | 45 [8,9] | 90 [17,8] | 185 [36,7] | 190 [37,7] |
| ASL TO5 | 136 [8,8] | 49 [15,9] | 35 [11,5] | 41 [13,5] | 91 [29,9] | 106 [34,9] |
| **VC** | 106 [12,4] | 11 [6,6] | 31 [18,9] | 38 [23,3] | 105 [64,4] | 97 [59,5] |
| **VCO** | 127 [15,0] | 13 [7,8] | 6 [3,6] | 23 [13,9] | 31 [18,9] | 38 [23,2] |
| *Fuori regione* | *40* | *11* | *10* | *18* | *20* | *46* |
| **TOTALE** | **2987 [13,7]** | **649 [15,0]** | **836 [19,6]** | **988 [23,2]** | **2020 [47,5]** | **2239 [52,6]** |

**Tabella 1.** Incidenza di scabbia (anni 2015-2024) per provincia e ASL di domicilio - report SEREMI edizione 2025 "La Scabbia in Piemonte"

L'aumento delle segnalazioni di scabbia ha interessato tutte le fasce d'età, con una maggiore incidenza tra i bambini in età scolare e gli anziani, gruppi più esposti per la frequentazione di ambienti comunitari come scuole e strutture residenziali. Un elemento significativo è inoltre l'estensione della trasmissione alla popolazione adulta, soprattutto nell'ultimo biennio (2023-2024), che suggerisce una diffusione più ampia e capillare rispetto agli anni precedenti [Tabella 2].

| | | CASI (n) [tasso incidenza x 100.000 ab.] | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 |
| Classi di età | 0-4 anni | 21 [11,5] | 53 [30,0] | 56 [32,8] | 54 [32,8] | 75 [47,4] | 53 [34,7] | 42 [28,3] | 69 [48,2] | 139 [100,0] | 136 [100,2] |
| | 5-14 anni | 64 [16,6] | 58 [15,1] | 76 [19,8] | 100 [26,3] | 121 [32,1] | 98 [26,3] | 73 [19,8] | 139 [38,1] | 261 [72,8] | 306 [87,1] |
| | 15-44 anni | 224 [15,2] | 375 [25,9] | 280 [19,7] | 304 [21,8] | 280 [20,4] | 220 [16,3] | 294 [22,2] | 421 [32,2] | 837 [64,1] | 932 [71,1] |
| | 44-64 anni | 61 [4,8] | 57 [4,4] | 93 [7,2] | 108 [8,3] | 107 [8,1] | 123 [9,3] | 178 [13,5] | 158 [11,9] | 341 [25,7] | 338 [25,6] |
| | ≥65 anni | 41 [3,8] | 55 [5,1] | 63 [5,7] | 120 [10,9] | 110 [9,9] | 149 [13,3] | 237 [21,3] | 201 [18,0] | 442 [39,4] | 527 [46,6] |
| Genere | UOMINI | 267 [12,5] | 424 [20,0] | 376 [17,7] | 380 [18,0] | 416 [19,8] | 347 [16,6] | 437 [21,0] | 527 [25,4] | 1060 [51,1] | 1213 [58,4] |
| | DONNE | 145 [6,4] | 183 [8,1] | 201 [8,9] | 310 [13,8] | 285 [12,8] | 302 [13,6] | 398 [18,1] | 461 [21,1] | 960 [44,1] | 1026 [47,2] |

**Tabella 2.** Incidenza di scabbia in Piemonte per età alla diagnosi e genere (anni 2015-2024) - report SEREMI edizione 2025 "La Scabbia in Piemonte"

Nel 2024 sono stati segnalati 1.026 casi di scabbia tra le donne, pari al 46% del totale, un valore sostanzialmente in linea con quello registrato nel 2023. Nel periodo 2015-2024 il rapporto maschi/femmine è rimasto costantemente superiore a 1, indicando una prevalenza dei casi nel sesso maschile; tuttavia, negli ultimi cinque anni si evidenzia una progressiva crescita della quota femminile, passata da una media del 38% nel periodo 2015-2019 al 47% nel quinquennio 2020-2024.

Per quanto riguarda il luogo di origine dei pazienti oggetto della notifica/segnalazione, nel periodo 2015-2024 si osserva una variazione della loro distribuzione, con una progressiva riduzione in termini relativi dei casi tra persone nate all'estero o con cittadinanza non italiana. Negli ultimi quattro anni (2021-2024), le segnalazioni sono aumentate anche nella popolazione straniera, ma con un ritmo di crescita sensibilmente inferiore rispetto a quello registrato tra le persone di cittadinanza italiana.

Nel 2024 in Piemonte almeno 807 casi di scabbia si sono verificati nell'ambito di focolai accertati. Nell'anno sono stati complessivamente segnalati 267 focolai, ciascuno dei quali ha coinvolto da 2 a 43 casi, con un valore mediano pari a 2. L'indagine epidemiologica ha permesso di individuare un'origine familiare del contagio in circa il 70% dei focolai.

Sono stati registrati 83 focolai in contesti comunitari (quali scuole, Residenze Sanitarie Assistenziali - RSA e altre strutture collettive), in lieve diminuzione rispetto al 2023, quando i focolai comunitari erano stati 87 [Tabella 3].

| ANNO | Numero Focolai | Focolai ambito familiare | Focolai ambito comunitario | Numero massimo casi per focolaio |
|---|---|---|---|---|
| **2015** | **49** | 36 | 13 | 18 |
| **2016** | **54** | 42 | 12 | 13 |
| **2017** | **56** | 42 | 14 | 14 |
| **2018** | **79** | 61 | 18 | 31 |
| **2019** | **81** | 65 | 16 | 26 |
| **2020** | **45** | 39 | 6 | 18 |
| **2021** | **48** | 39 | 9 | 39 |
| **2022** | **122** | 82 | 40 | 34 |
| **2023** | **263** | 176 | 87 | 27 |
| **2024** | **267** | 184 | 83 | 43 |

**Tabella 3.** Caratteristiche dei focolai di scabbia segnalati in Piemonte (anni 2015-2024) - report SEREMI edizione 2025 “La Scabbia in Piemonte”

Nel triennio di sorveglianza più recente (2022-2024), la quota di focolai che ha coinvolto le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) ha mostrato un lieve incremento, passando dal 15% nel 2022 al 16% nel 2023, fino a raggiungere il 19% nel 2024. Le RSA per anziani si confermano un contesto particolarmente vulnerabile alla diffusione della scabbia per la combinazione di diversi fattori predisponenti: la fragilità clinica degli ospiti, l’elevata densità abitativa, il contatto frequente e prolungato tra residenti e personale, difficoltà diagnostiche spesso legate a manifestazioni cliniche atipiche o alla presenza di comorbidità psicosociali.

## 2. GRUPPO DI LAVORO E COORDINAMENTO

Le presenti Linee di Indirizzo sono state elaborate su mandato del Gruppo Tecnico Regionale (GTR) di Dermatologia istituito in Azienda Sanitaria Zero.

**GRUPPO TECNICO REGIONALE (GTR)**

| Cognome Nome | Ruolo | Unità Operativa | Azienda | Approvazione |
|---|---|---|---|---|
| BROGANELLI Paolo | Componenti | Resp. SSD Dermatologia | Ospedale Mauriziano Umberto I TO | Agli atti |
| CHIARPENELLO Massimo | | SC Dermatologia | AO S. Croce e Carle CN | Agli atti |
| IBBA Federica | | Specialista Ambulatoriale Interno, Ambulatorio di Dermatologia, ASL Città di Torino | ASL Città di Torino | Agli atti |
| LEPORATI Claudia | | Responsabile SS Dermatologia | IRCCS – AOU SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo AL | Agli atti |
| QUAGLINO Pietro | | Direttore SC Dermatologia U | AOU Città della Salute e della Scienza TO | Agli atti |
| SAVOIA Paola | | Direttore SCDU Dermatologia | AOU Maggiore della Carità NO | Agli atti |
| TIBERIO Rossana | | Direttore SC Dermatologia | ASL Vercelli | Agli atti |

Nello specifico, il GTR si è avvalso per la realizzazione delle Linee di Indirizzo in oggetto del seguente Gruppo di Lavoro (GdL), con il coordinamento e supporto di Azienda Sanitaria Zero.

**GRUPPO DI LAVORO**

| Cognome Nome | Ruolo | Unità operativa | Azienda |
|---|---|---|---|
| SAVOIA Paola | Referente | Direttore SCDU Dermatologia | AOU Maggiore della Carità NO |
| BROGANELLI Paolo | Componenti | Resp. SSD Dermatologia | Ospedale Mauriziano Umberto I TO |
| CAMMARATA Edoardo | | SCDU Dermatologia | AOU Maggiore della Carità di Novara |
| CHIARPENELLO Massimo | | SC Dermatologia | AO S. Croce e Carle CN |
| GIRONI Laura Cristina | | SCDU Dermatologia | AOU Maggiore della Carità di Novara |
| IBBA Federica | | Specialista Ambulatoriale Interno, Ambulatorio di Dermatologia, ASL Città di Torino | ASL Città di Torino |
| LEPORATI Claudia | | Responsabile SS Dermatologia | IRCCS – AOU SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo AL |
| QUAGLINO Pietro | | Direttore SC Dermatologia U | AOU Città della Salute e della Scienza TO |
| TIBERIO Rossana | | Direttore SC Dermatologia | ASL Vercelli |

**COORDINAMENTO E SUPPORTO AZIENDA SANITARIA ZERO**

| Cognome Nome | Unità operativa |
|---|---|
| RICCIO Federica | SC Medicina Territoriale e Reti di Patologia |
| PICCIONI Daniela | SC Farmaceutica |
| MUSCIO Elisa | SC Medicina Territoriale e Reti di Patologia |
| SARACINO Marlene | SC Farmaceutica |
| UGONIA Andrea Piercarlo | SC Medicina Territoriale e Reti di Patologia |

# 3. GLOSSARIO-TERMINOLOGIA-ABBREVIAZIONI

| ACRONIMI | DESCRIZIONE |
|---|---|
| **GdL** | Gruppo di Lavoro |
| **GTR** | Gruppo Tecnico Regionale |
| **IACS** | International Alliance for the Control of Scabies |
| **MMG** | Medico di Medicina Generale |
| **PLS** | Pediatra di Libera Scelta |
| **RAO** | Raggruppamenti di Attesa Omogenei |
| **RSA** | Residenze Sanitarie Assistenziali |

# 4. SCOPO

Il contenuto delle linee di indirizzo è aggiornato alla letteratura scientifica corrente e in particolar modo sulle linee guida europee (Salavastru CM et al. 2017) del trattamento della scabbia.

L'obiettivo è fornire indicazioni per:

- ridurre la trasmissione della malattia e i focolai in comunità e strutture collettive
- garantire che la diagnosi sia tempestiva e il trattamento adeguato
- ottimizzare l'uso delle risorse sanitarie, prevenendo ricoveri e complicanze
- monitorare e gestire i casi in cui il trattamento standard non risulti efficace, anche alla luce di possibili fenomeni di ridotta sensibilità ai trattamenti topici (in particolare la permetrina)

# 5. CAMPO DI APPLICAZIONE

Le presenti indicazioni definiscono i criteri di prevenzione, identificazione, gestione diagnostica e terapeutica della scabbia nei soggetti assistiti nei presidi sanitari della Regione Piemonte, incluse strutture ospedaliere, consultori, medicina territoriale, comunità residenziali (es. case di riposo, RSA) e ambienti collettivi (es. comunità, centri di accoglienza).

# 6. MODALITÁ OPERATIVE

## 6.1 DIAGNOSI

Il periodo di incubazione, in caso di infezione primaria, dura in media 3 settimane, ma è molto più breve, 1-3 giorni, in caso di reinfestazione.

La scabbia è caratterizzata da un sintomo cardine: il prurito, a recrudescenza notturna con risparmio del capo (il viso può raramente essere interessato nel lattante). Spesso la raccolta anamnestica permette di individuare altri soggetti a stretto contatto con il paziente che presentono gli stessi sintomi. L'eruzione presenta una topografia indicativa: area genitale, interdigitale, polsi, aree ascellari e glutee; successivamente si configura una diffusione delle lesioni su tutta la superficie cutanea.

La forma comune è caratterizzata dalla presenza di un'eruzione cutanea non ipercheratosica e con carica parassitaria moderata; spesso sono presenti i cunicoli, lesioni patognomoniche caratterizzate da piccole lesioni sinuose filiformi di alcuni millimetri di lunghezza. La loro osservazione può essere più agevole con l'utilizzo del dermatoscopio, con il quale si configura il segno del "delta-wing jet", formazione triangolare nerastra che delimita la fine del cunicolo e corrisponde all'eminenza acarica. Il resto del cunicolo è occupato dalle uova deposte.

La scabbia crostosa (o norvegese) è la forma profusa con ipercheratosi e carica parassitaria molto elevata che si riscontra più frequentemente in soggetti immunocompromessi e in strutture residenziali. Spesso è assente il prurito e il quadro clinico assume un aspetto di eritrodermia ipercheratosica.

In casi dubbi o complicati oltre all'esame clinico può essere eseguito lo scraping cutaneo con esame microscopico per identificare acari, uova e i residui fecali.

La diagnosi differenziale deve includere le altre cause di prurito o eruzioni cutanee (eczema, dermatite atopica, prurito senile, prurito da farmaci, le entomodermatosi, l'acropustolosi infantile nel bambino) (Uzun S et al. 2024).

### 6.1.1 Criteri diagnostici

L'International Alliance for the Control of Scabies (IACS) nel 2020 (Engelman D et al. 2020) ha definito criteri diagnostici internazionali di riferimento per la standardizzazione della diagnosi di scabbia, con l'obiettivo di facilitare la comunicazione clinica e il confronto dei dati epidemiologici. Tali criteri non sono destinati alla diagnosi delle forme varianti o atipiche della malattia.

Il sistema IACS prevede tre livelli di certezza diagnostica [Tabella 4]:

- la scabbia confermata (livello A) rappresenta il grado più specifico e richiede l'identificazione diretta dell'acaro, delle uova o delle feci mediante microscopia o dermoscopia
- la scabbia clinica (livello B) si basa sulla presenza di lesioni tipiche (come cunicoli o lesioni caratteristiche in sedi compatibili), associate ad anamnesi di prurito e/o contatto con soggetti sintomatici
- la scabbia sospetta (livello C) include quadri con lesioni atipiche o con distribuzione non classica, ma con anamnesi suggestiva

I livelli B e C risultano più sensibili, ma meno specifici, rispetto alla diagnosi confermata basandosi sulla valutazione clinica dei segni e dei sintomi.

| | |
|---|---|
| **Scabbia confermata (livello A)** | Almeno uno dei seguenti criteri:<br>A1: Acari, uova o feci osservati al microscopio ottico su campioni di pelle<br>A2: Acari, uova o feci visualizzati in un individuo mediante un dispositivo di imaging ad alta risoluzione<br>A3: Acaro visualizzato in un individuo mediante dermoscopia |
| **Scabbia clinica (livello B)** | Almeno uno dei seguenti criteri:<br>B1: Cunicoli (gallerie) tipici della scabbia<br>B2: Lesioni tipiche che interessano i genitali maschili<br>B3: Lesioni tipiche con distribuzione caratteristica e almeno due elementi anamnestici compatibili |
| **Scabbia sospetta (livello C)** | Uno dei seguenti criteri:<br>C1: Lesioni tipiche in una distribuzione tipica associate a un elemento anamnestico compatibile<br>C2: Lesioni atipiche oppure lesioni con distribuzione tipica associate a due elementi anamnestici compatibili |
| **Elementi anamnestici (H)** | H1: Prurito<br>H2: Anamnesi positiva per contatto (contatto con caso sospetto o confermato di scabbia) |
| La diagnosi può essere effettuata a uno dei tre livelli (A, B o C).<br>Una diagnosi di scabbia clinica o sospetta deve essere formulata solo quando le altre diagnosi differenziali risultano meno probabili rispetto alla scabbia. | |

**Tabella 4.** Sintesi dei Criteri di Consenso dell'International Alliance for the Control of Scabies (IACS) 2020 per la diagnosi di scabbia

### 6.1.2 criteri di invio del paziente con sospetta o accertata scabbia al dermatologo da parte del MMG/PLS

La scabbia è un'infestazione che, nella maggior parte dei casi, può essere diagnosticata e trattata dal MMG/PLS, senza necessità di ricorrere alla consulenza specialistica dermatologica.

L'invio allo specialista dermatologo è raccomandato nei casi in cui sussistano difficoltà diagnostiche, in presenza di fallimento terapeutico o recidiva dell'infestazione, nonché nei pazienti appartenenti a categorie particolari o con condizioni cliniche che richiedano un inquadramento specialistico.

L'eventuale invio alla visita dermatologica deve avvenire nel rispetto dei criteri di appropriatezza prescrittiva e delle classi di priorità previste dal Manuale RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) vigente della Regione Piemonte, in relazione alle condizioni cliniche del paziente.

Di seguito [Tabella 5] sono riportate le principali condizioni nelle quali può essere raccomandato l'invio del paziente allo specialista dermatologo.

| Situazione clinica | Invio al dermatologo | Razionale |
|---|---|---|
| Quadro clinico tipico di scabbia, diagnosi agevole | No | La maggior parte dei casi può essere diagnosticata e trattata dal MMG/PLS |
| Dubbio diagnostico / diagnosi differenziale complessa | Sì | Quando l'eziologia del prurito o delle lesioni cutanee non è chiara e occorre confermare la diagnosi |
| Fallimento terapeutico | Sì | Persistenza di segni e/o sintomi dopo un trattamento correttamente eseguito |
| Scabbia recidivante | Sì | Necessità di rivalutazione diagnostica e terapeutica |
| Persistenza del prurito o delle lesioni oltre 4 settimane dal termine della terapia | Sì | Può indicare fallimento terapeutico, reinfestazione o altra dermatosi |
| Scabbia crostosa (Norvegese) | Sì | Forma altamente contagiosa che richiede gestione specialistica e spesso terapia combinata |
| Bambino < 6 mesi | Sì | Categoria particolare con gestione terapeutica specialistica raccomandata |
| Donna in gravidanza | Sì | Necessità di valutazione specialistica per la scelta della terapia più appropriata |
| Pazienti fragili o con condizioni cliniche particolari (es. immunodepressione) | Consigliato | Maggiore probabilità di forme severe o presentazioni atipiche |
| Contatti stretti asintomatici | No | Generalmente non è necessaria la visita dermatologica; il MMG/PLS può valutare l'idoneità al trattamento profilattico |

**Tabella 5.** Criteri di invio allo specialista dermatologo

### 6.2 TERAPIA NELL'ADULTO

Il trattamento deve interessare sia il soggetto affetto da scabbia sia i conviventi.

I trattamenti di prima linea secondo le linee guida europee comprendono:

- permetrina 5% crema, per uso locale
- benzil benzoato 5-25% in crema base o in olio di mandorle dolci, per uso locale
- ivermectina 200 µg/kg di peso corporeo, dose unica con ripetizione dopo 7-14 giorni, per uso sistemico (per via orale)

Ulteriori alternative topiche comprendono:

- zolfo 2,5-33% in crema base (generalmente impiegate dal 5%-17%)
- malathion 0,5% in soluzione acquosa (in base alla disponibilità e tollerabilità); in Italia non sono in realtà al momento disponibili preparazioni per il trattamento della scabbia contenenti tale principio attivo (l'unica preparazione commerciale che contiene tale principio attivo è dedicata al trattamento della pediculosi)

Se indicato, dovrà essere previsto un trattamento concomitante del prurito e delle lesioni secondarie (es. impetigine) con appropriata terapia antibiotica/antistaminica.

In letteratura sono documentati tassi di resistenza alla permetrina 5% rispettivamente nell'87% dei pazienti pediatrici e nel 65% della popolazione generale (Hertzum A et al. 2023 - Bassi A et al. 2022).

I dati di uno studio multicentrico condotto in Piemonte (Cammarata E, Marchianò S et al. 2026) suggeriscono che il benzil benzoato, l'ivermectina e le varie terapie combinate topiche e sistemiche garantirebbero un'efficacia superiore al 90% rispetto al 65,47% della permetrina in monoterapia. In tale studio è sottolineata anche l'importanza di un approccio terapeutico personalizzato per migliorare gli esiti clinici.

I dati di recente pubblicazione (Cammarata E, Esposto E et al. 2026) sull'uso delle galeniche allo zolfo e l'esperienza clinica dei colleghi delle regioni Toscana e del Lazio sono confortanti sull'uso di questa terapia sia in età pediatrica sia in età adulta rispetto ad efficacia e tollerabilità del trattamento. Lo zolfo può essere utilizzato a concentrazioni comprese tra il 5 e il 17%, diluito in crema base o in vaselina e va applicato su tutta la superficie cutanea per 3 giorni consecutivi. Il vantaggio delle preparazioni galeniche a base di zolfo è rappresentato dalla possibilità di utilizzo del prodotto a concentrazioni differenti, in particolare nella popolazione pediatrica, oltre che dalla possibilità di scegliere il veicolo sulla base delle differenti caratteristiche della cute, rendendo l'applicazione meglio tollerata.

Qualora i farmaci per il trattamento della scabbia siano destinati a pazienti non ricoverati, il relativo costo è a carico del cittadino, in quanto tali medicinali sono disponibili come preparazioni galeniche oppure classificati in fascia C.

### 6.3 TRATTAMENTO DELLA SCABBIA NELL'ADULTO, GESTIONE DEL FALLIMENTO TERAPEUTICO E SORVEGLIANZA DELLE RESISTENZE

In considerazione dei dati attualmente disponibili, il gruppo di lavoro piemontese individua come trattamenti topici di prima linea il benzil benzoato e lo zolfo, secondo quanto dettagliato nella tabella sottostante [Tabella 6]. In relazione al contesto clinico e assistenziale e alla valutazione del medico, possono essere altresì impiegati gli altri trattamenti di prima linea previsti dalle linee guida europee, quali la permetrina e l'ivermectina.

| Preparazione | Formula consigliata | Modalità di applicazione |
|---|---|---|
| **Benzil benzoato** | Benzil benzoato 5-25% in olio di mandorle dolci oppure in crema base | Applicare topicamente su tutta la superficie corporea (dal collo in giù; includere anche il capo nei pazienti di età < 2 anni*). Lasciare in sede per 8-12 ore prima del lavaggio. Nei lattanti di età < 2 mesi*, lasciare in sede per 4 ore prima del lavaggio |
| **Zolfo precipitato** | Zolfo precipitato 5-17% in crema base oppure in vaselina | Applicare topicamente su tutta la superficie corporea (dal collo in giù; includere anche il capo nei pazienti di età < 2 anni*). Effettuare l'applicazione per 3 giorni consecutivi (giorni 0, 1 e 2) senza fare il bagno o la doccia, al fine di garantire un contatto continuo del prodotto con la cute |
| * L'inclusione del cuoio capelluto e del volto nei bambini di età inferiore a 2 anni è raccomandata in quanto l'infestazione può interessare anche queste sedi anatomiche | | |

**Tabella 6.** Prima linea di trattamento

Premesso che molte segnalazioni di "fallimento" di permetrina sono dovute ad una errata applicazione o mancata decontaminazione ambientale, esistono dati che documentano una ridotta sensibilità / potenziale emergente di resistenza a permetrina. Nel caso fosse disponibile solo questo trattamento si raccomanda di verificare e documentare:

- corretta applicazione della crema (intero corpo, rispettato tempo di esposizione, risciacquo adeguato)
- aderenza della famiglia/contatti al trattamento simultaneo
- igiene ambientale e biancheria trattata/lavata secondo protocollo
- reinfestazione da contatto non trattato

Se, dopo 10–14 giorni dalla seconda applicazione della permetrina o dal completamento della terapia con ivermectina, persistono lesioni attive o prurito associate a evidenza clinica di acaro, è indicata una rivalutazione clinica e può essere considerato il passaggio all'ivermectina orale, se non già utilizzata, la ripetizione della permetrina 5% (terza applicazione) oppure l'associazione di trattamento topico e sistemico, in relazione al quadro clinico.

In casi selezionati (es. comunità/focolai, scabbia persistente/resistente) può essere valutata l'associazione di benzil benzoato e ivermectina oppure l'impiego di uno schema terapeutico topico alternativo, sulla base del quadro clinico e della risposta al trattamento.

Eventuali focolai o sospette resistenze al trattamento devono essere notificati al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica territorialmente competente dal professionista che formula la diagnosi o il sospetto diagnostico (specialista dermatologo, MMG e/o PLS). Sono considerati guariti i pazienti che hanno completato correttamente il trattamento e che, al termine della terapia, non presentano più segni o sintomi di infestazione.

Il protocollo regionale deve prevedere un monitoraggio dei casi e un registro locale per valutare trend e potenziali emergenze di resistenza.

### 6.4 PREVENZIONE E CONTROLLO DELLA DIFFUSIONE

La prevenzione e il controllo della diffusione della scabbia si basano sull'identificazione tempestiva dei casi e dei focolai, sul trattamento simultaneo dei contatti e sull'adozione di adeguate misure igienico-ambientali, informative e organizzative.

- Screening periodico e sorveglianza in strutture a rischio (case di riposo, RSA, comunità per anziani, comunità migranti, carceri, centri di accoglienza) per individuare focolai
- Decontaminazione ambientale: cambio e lavaggio della biancheria (lenzuola, asciugamani, abiti utilizzati negli ultimi 3 giorni) ad almeno 60 °C o asciugatura a calore elevato; in alternativa chiusura in sacco plastico per almeno 72 ore (l'acaro è un parassita obbligato dell'uomo e la sopravvivenza al di fuori dell'ospite è di breve durata, 1-2 giorni)
- Isolamento temporaneo del caso in strutture collettive fino all'avvio del trattamento
- Riduzione del tempo di contatto prolungato non protetto tra ospiti e operatori nelle strutture e i familiari (l'uso di dispositivi di protezione individuale risulta fondamentale)
- Informazione destinata ai pazienti e agli ambienti collettivi come istruzioni scritte circa modalità di applicazione del trattamento, igiene ambientale, trattamento simultaneo dei contatti, mobilitazione di eventuali operatori sanitari/residenziali
- Trattare contemporaneamente tutti i conviventi e i contatti stretti (anche asintomatici) del paziente infetto, idealmente entro 24-48 ore
- Limitare la condivisione di abiti, asciugamani, biancheria da letto fino al completamento del trattamento
- Interventi specifici nelle comunità/residenze, quali audit ambientale, pulizia profonda, formazione operatori, protocolli di infezione/infestazione
- Farmacie e operatori territoriali devono fornire agli utenti informazioni complete sulle modalità di applicazione della permetrina, al fine di favorire l'efficacia del trattamento, evidenziando la necessità di un trattamento adeguato dei familiari e dei contatti stretti, oltre che del paziente
- Le strutture residenziali ad alto rischio (anziani, comunità migranti, carceri) devono prevedere specifici protocolli di screening e periodicità d'intervento, con periodica sanificazione ambientale

### 6.5 PAZIENTE PEDIATRICO

Le linee guida internazionali per la scabbia pediatrica convergono su un punto chiave: la permetrina 5% crema è il trattamento di prima scelta, mentre l'ivermectina orale è indicata solo in casi selezionati o complessi.

#### 6.5.1 Trattamento di prima linea: permetrina 5% crema

La permetrina è raccomandata dalle linee guida europee per il trattamento della scabbia (Salavastru CM et al. 2017) ed è considerata sicura in età pediatrica, inclusi i lattanti (Chiriac A et al. 2024). Alla luce della crescente resistenza alla permetrina topica molte raccomandazioni internazionali convengono circa l'opportunità di ripetere l'applicazione della sera per 3-5 giorni consecutivi, da ripetere dopo una settimana o di prolungare il tempo di permanenza sulla cute da 12 a 14 ore.

Applicare dal collo ai piedi, nei bambini piccoli trattare anche cuoio capelluto (evitando occhi e bocca) e superfici plantari, insistendo in modo particolare nelle regioni dei polsi e nelle pieghe interdigitali. La permetrina va lasciata in posa per 8-12 ore e il trattamento va ripetuto dopo 7 giorni.

#### 6.5.2 Trattamento di seconda linea: ivermectina orale alla dose di 0,2 mg/kg di peso corporeo da ripetere dopo una settimana

Indicata nelle linee guida europee in caso di:

- fallimento della permetrina
- scabbia crostosa
- focolai familiari o comunitari
- difficoltà ad applicare topici

L'ivermectina è l'unico farmaco orale approvato da EMA e FDA per la scabbia. Sotto i 15 kg di peso corporeo (immaturità della barriera emato-encefalica e timore di superamento della barriera stessa con possibili danni neurologici) l'uso è formalmente sconsigliato. Tuttavia, studi osservazionali francesi ed esperienza clinica consolidata indicano l'assenza di tossicità tanto che la Società Francese di Dermatologia ha più volte invitato a riconsiderare la soglia dei 15 kg (Morand A et al. 2024).

#### 6.5.3 Trattamento di terza linea, altre opzioni terapeutiche

Benzil benzoato:

- più irritante della permetrina, lavare al mattino e applicare un emolliente
- bambini < 1 anno 5-10-12,5% una sola applicazione con tempo di posa ridotto a 6 ore e ripetere dopo una settimana
- bambini > 1 anno 5-10-12,5%, da applicare per due sere consecutive e ripetere dopo una settimana

Zolfo 6-10% (concentrazioni superiori sono irritanti):

- usata soprattutto nei neonati
- applicare alla sera e lasciare in posa tutta la notte per 3 giorni, da ripetere dopo 7 giorni
- lavare al mattino e applicare un emolliente

Anche per il paziente pediatrico, si specifica che qualora i farmaci per il trattamento della scabbia siano destinati a pazienti non ricoverati, il relativo costo è a carico del cittadino, in quanto tali medicinali sono disponibili come preparazioni galeniche oppure classificati in fascia C.

### 6.6 GESTIONE DEI CONTATTI E FOLLOW UP

Tutte le linee guida internazionali concordano su:

- trattare tutti i contatti stretti contemporaneamente e con le medesime modalità; non si tratta di un trattamento preventivo ma cautelativo nell'ipotesi che anche in assenza di segni e sintomi potrebbero esserci parassiti in fase di incubazione

Il follow-up prevede un controllo clinico a 1 e 2 settimane dal trattamento. Il prurito può persistere per 2-4 settimane anche in caso di trattamento efficace (prurito post-scabbia), senza indicare necessariamente la persistenza dell'infestazione o un fallimento terapeutico.

Il percorso del paziente con scabbia è riportato nel Capitolo 7 - Flow chart 1.

### 6.7 NORME DI COMPORTAMENTO DEGLI OPERATORI SANITARI E DEI FAMILIARI/CAREGIVER

Di seguito vengono riportate le principali norme di comportamento che operatori sanitari e familiari/caregiver devono adottare in caso di assistenza ad un paziente o famigliare con scabbia.

#### 6.7.1 Operatori sanitari

Gli operatori sanitari che assistono pazienti con scabbia devono adottare rigorosamente le misure di prevenzione delle infezioni da contatto al fine di limitare la trasmissione dell'infestazione. In particolare:

- utilizzare guanti monouso e, se è previsto un contatto diretto prolungato con il paziente o con biancheria/materiale potenzialmente contaminato, indossare camice monouso
- limitare i contatti fisici non necessari fino al completamento del trattamento
- effettuare accurata igiene delle mani prima e dopo ogni contatto con il paziente o con l'ambiente assistenziale

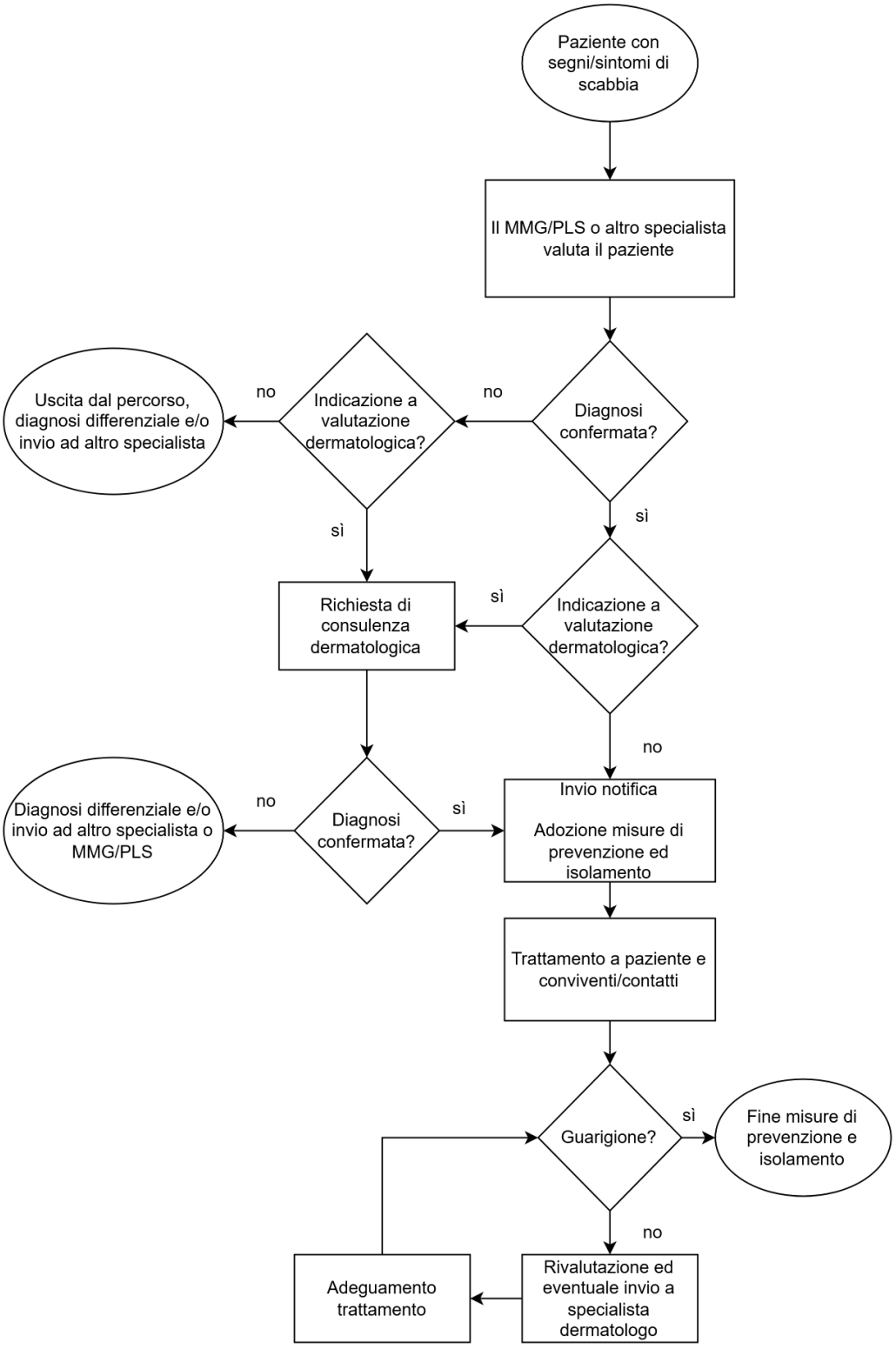
- identificare tempestivamente i casi sospetti o confermati e segnalarli secondo le procedure aziendali vigenti
- collaborare all'individuazione dei contatti stretti esposti (familiari, conviventi, operatori sanitari e altri pazienti) per l'eventuale trattamento simultaneo
- nelle forme di scabbia crostosa (o norvegese), adottare precauzioni da contatto rafforzate (es. eventuale isolamento in stanza singola)
- gestire biancheria, indumenti e materiali tessili secondo le procedure previste, evitando la dispersione di materiale potenzialmente contaminato

### 6.7.2 Familiari e caregiver

I familiari e i caregiver devono essere adeguatamente informati sulle modalità di trasmissione e sulle misure necessarie per interrompere la catena del contagio. In particolare:

- seguire scrupolosamente le indicazioni terapeutiche fornite dal medico per il paziente e per tutti i contatti stretti che richiedano trattamento
- informare il medico in caso di persistenza del prurito oltre le tempistiche attese o di comparsa di nuove lesioni dopo il trattamento
- lavare biancheria (effetti del letto) e vestiti a > 60°C o sigillare (busta di cellophane) per 2-3 giorni (alcuni indicano 7 giorni)
- evitare contatti pelle-pelle fino al completamento del trattamento
- non camminare scalzi
- non condividere asciugamani e indumenti

# 7. FLOW-CHART




**Flow chart 1.** Percorso del paziente con scabbia

## 8. CICLO DI VITA DEL DOCUMENTO

Le seguenti Linee di indirizzo sono la Revisione n. 0.

Il documento verrà aggiornato in base alle modifiche relative alle evidenze scientifiche disponibili ed agli assetti organizzativi negli ambiti coinvolti.

| | | |
|---|---|---|
| Data di stesura del primo documento | | Agosto 2026 |
| Numero della revisione | | 0 |
| Data di revisione | | |
| Numero della revisione | | |

## 9. BIBLIOGRAFIA


- Abdel-Raheem TA, Méabed EM, Nasef GA, Abdel Wahed WY, Rohaim RM. Efficacy, acceptability and cost effectiveness of four therapeutic agents for treatment of scabies. J Dermatolog Treat. 2016 Oct;27(5):473-9. doi: 10.3109/09546634.2016.1151855. Epub 2016 Mar 30. PMID: 27027929
- Al-Dabbagh J, Younis R, Ismail N. The current available diagnostic tools and treatments of scabies and scabies variants: An updated narrative review. Medicine (Baltimore). 2023 May 26;102(21):e33805. doi: 10.1097/MD.0000000000033805. PMID: 37233429; PMCID: PMC10219715
- Azzolina V, Schauer F, Pilz JF, Zink A, Eyerich K, Pilz AC. Scabies Management Outcomes: Identification of Risk Factors for Treatment Success or Failure. Dermatol Pract Concept. 2025 Apr 1;15(2):5077. doi: 10.5826/dpc.1502a5077. PMID: 40401877; PMCID: PMC12090963
- Bachewar NP, Thawani VR, Mali SN, Gharpure KJ, Shingade VP, Dakhale GN. Comparison of safety, efficacy, and cost effectiveness of benzyl benzoate, permethrin, and ivermectin in patients of scabies. Indian J Pharmacol. 2009 Feb;41(1):9-14. doi: 10.4103/0253-7613.48882. PMID: 20177574; PMCID: PMC2825021
- Bassi A, Mazzatenta C, Piccolo V. Diagnosis and management of pediatric scabies: Results from a survey on 317 Italian dermatologists. Travel Med Infect Dis. 2022 Nov-Dec;50:102461. doi: 10.1016/j.tmaid.2022.102461. Epub 2022 Sep 15. PMID: 36116769
- Bernigaud C, Do-Pham G, Guichard E, Beylot-Barry M, Goujon E, Isnard C, Beneton N, Samimi M, Tedbirt B, Adamski H, Azib S, Mahé E, Michel C, Perrot JL, Acquitter M, Bursztejn AC, Chaby G, Caux F, Passeron T, Vanhaecke C, Mahé A, Leccia MT, Barbarot S, Lenormand C, Aubin F, Foulet F, Grégoire L, Giraudeau B, Chosidow O. Combined Oral Ivermectin and 5% Permethrin Cream to Treat Severe Scabies. N Engl J Med. 2026 May 7;394(18):1814-1823. doi: 10.1056/NEJMoa2411721. PMID: 42090793
- Boralevi F, Simon G, Bernigaud C, Brun J, Goujon E, Perrot JL, Phan A, Hérissé AL, Maruani A, Vanhaecke C, Couty E, Abasq-Thomas C, Fournet M, Mallet S, Brenaut E,

Hubiche T, Balguerie X, Caux F, Beneton N, Dutkiewicz AS, Adamski H, Aubert H, Bourrat E, Couzan C, Eyraud A, Janela-Lapert R, Marti A, Miquel J, Richard M, Barbarot S, Bonniaud B, Chabbert C, Delion F, Dinulescu M, Duong TA, Etienne M, Hirsch G, Isnard C, Huet F, Le Bidre E, Leducq S, Legrand A, Monestier S, Morice-Picard F, Seneschal J, Capelli A, Lacoste C, Labrèze C, Miraglia G, Do-Pham G, Giraudeau B, Chosidow O. Oral ivermectin versus 5% permethrin cream to treat children and adults with classic scabies: multicentre, assessor blinded, cluster randomised clinical trial. BMJ. 2026 Jan 6;392:e086277. doi: 10.1136/bmj-2025-086277. Erratum in: BMJ. 2026 Apr 8;393:s587. doi: 10.1136/bmj.s587. PMID: 41494769; PMCID: PMC12771274

- Cammarata E, Esposto E, Gironi LC, Zavattaro E, Savoia P. Magistral Galenic Preparations in Modern Dermatology: Our Top 10 Picks for Bridging Therapeutic Gaps. Medicina (Kaunas). 2026 Mar 17;62(3):559. doi: 10.3390/medicina62030559. PMID: 41901640; PMCID: PMC13027584
- Cammarata E, Marchianò S, Esposto E, Burzi L, Di Cristo N, Carbone C, De Stefani M, Merante B, Airoldi C, Biglia A, Leporati C, Zavattaro E, Savoia P. Benzyl benzoate and ivermectin are more effective than permethrin for treating scabies: A multicentre study. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2026 Apr;40(4):e253-e255. doi: 10.1111/jdv.70015. Epub 2025 Aug 22. PMID: 40844194
- Centers for Disease Control and Prevention. About scabies. Atlanta (GA): CDC; 2024 Sep 9. Available from: https://www.cdc.gov/scabies/about/index.html
- Chiriac A, Diaconeasa A, Miulescu R, Chiriac AE, Wollina U. Scabies in infants and children - a narrative review. Eur J Pediatr. 2024 Jun;183(6):2527-2536. doi: 10.1007/s00431-024-05535-1. Epub 2024 Mar 27. Erratum in: Eur J Pediatr. 2024 Jun;183(6):2537. doi: 10.1007/s00431-024-05563-x. PMID: 38536458
- Chitti Babu G, Bagati KD, Agarwal P, Sharma J. A comparative study to assess the efficacy of permethrin (topical) and benzyl benzoate (topical) for the treatment of scabies patients. Int J Res Pharm Sci. 2019;10(4):3688-3693. doi:10.26452/ijrps.v10i4.1755
- Dhana A, Yen H, Okhovat JP, Cho E, Keum N, Khumalo NP. Ivermectin versus permethrin in the treatment of scabies: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Am Acad Dermatol. 2018 Jan;78(1):194-198. doi: 10.1016/j.jaad.2017.09.006. PMID: 29241784
- Engelman D, Yoshizumi J, Hay RJ, Osti M, Micali G, Norton S, Walton S, Boralevi F, Bernigaud C, Bowen AC, Chang AY, Chosidow O, Estrada-Chavez G, Feldmeier H, Ishii N, Lacarrubba F, Mahé A, Maurer T, Mahdi MMA, Murdoch ME, Pariser D, Nair PA, Rehmus W, Romani L, Tilakaratne D, Tuicakau M, Walker SL, Wanat KA, Whitfeld MJ, Yotsu RR, Steer AC, Fuller LC. The 2020 International Alliance for the Control of Scabies Consensus Criteria for the Diagnosis of Scabies. Br J Dermatol. 2020 Nov;183(5):808-820. doi: 10.1111/bjd.18943. Epub 2020 Mar 29. PMID: 32034956; PMCID: PMC7687112
- Ertugrul G, Aktas H. Comparison of sulfur ointment and permethrin treatments in scabies. Dermatol Ther. 2022 Dec;35(12):e15897. doi: 10.1111/dth.15897. Epub 2022 Oct 17. PMID: 36193643

- Fernando DD, Mounsey KE, Bernigaud C, Surve N, Estrada Chávez GE, Hay RJ, Currie BJ, Chosidow O, Fischer K. Scabies. Nat Rev Dis Primers. 2024 Oct 3;10(1):74. doi: 10.1038/s41572-024-00552-8. PMID: 39362885
- Galván-Casas C, Salavastru C, Ortiz-Álvarez J. Scabies and other ectoparasitoses. Clin Exp Dermatol. 2026 Apr 24;51(5):718-733. doi: 10.1093/ced/llaf276. PMID: 40567146
- Goldust M, Rezaee E, Hemayat S. Treatment of scabies: Comparison of permethrin 5% versus ivermectin. J Dermatol. 2012 Jun;39(6):545-7. doi: 10.1111/j.1346-8138.2011.01481.x. Epub 2012 Mar 5. PMID: 22385121
- Gupta A. Scabies Treatment Failure: Beyond Permethrin and Plastic Bags. Dermatol Pract Concept. 2026 Apr 1;16(2):6205. doi: 10.5826/dpc.1602a6205. PMID: 42190222; PMCID: PMC13211892
- Hardy M, Engelman D. Evidence based choices for first line scabies treatment. BMJ. 2026 Mar 2;392:s380. doi: 10.1136/bmj.s380. PMID: 41771639
- Herzum A, Gariazzo L, Viglizzo G, Garibeh E, Pastorino C, Occella C. A resistant parasitic flare-up amid children in Italy: Comment on "Diagnosis and management of pediatric scabies: Results from a survey on 317 Italian dermatologists". Travel Med Infect Dis. 2023 Mar-Apr;52:102545. doi: 10.1016/j.tmaid.2023.102545. Epub 2023 Jan 18. PMID: 36681292
- Ivermectin 3 mg tablets. Summary of Product Characteristics [Internet]. Exeltis UK Ltd; 2026 Jun 11. Available from: https://www.medicines.org.uk/emc/product/15513/smpc
- Iyengar L, Chong AH, Steer AC. Scabies: a clinical update. Med J Aust. 2024 Nov 18;221(10):558-563. doi: 10.5694/mja2.52505. Epub 2024 Oct 25. PMID: 39455545
- Kim DH, Kim Y, Yun SY, Yu HS, Ko HC, Kim M. Risk factors for scabies in hospital: a systematic review. BMC Infect Dis. 2024 Mar 26;24(1):353. doi: 10.1186/s12879-024-09167-6. PMID: 38575893; PMCID: PMC10993523
- Mbuagbaw L, Sadeghirad B, Morgan RL, Mertz D, Motaghi S, Ghadimi M, Babatunde I, Zani B, Pasumarthi T, Derby M, Kothapudi VN, Palmer NR, Aebischer A, Harder T, Reichert F. Failure of scabies treatment: a systematic review and meta-analysis. Br J Dermatol. 2024 Jan 23;190(2):163-173. doi: 10.1093/bjd/ljad308. PMID: 37625798
- Meyersburg D, Kaiser A, Bauer JW. 'Loss of efficacy of topical 5% permethrin for treating scabies: an Austrian single-center study'. J Dermatolog Treat. 2022 Mar;33(2):774-777. doi: 10.1080/09546634.2020.1774489. Epub 2020 Jun 4. PMID: 32495666
- Ministero della Salute. Scabbia. Roma: Ministero della Salute; 2025. Disponibile da: https://www.salute.gov.it/new/it/scheda-malattia/scabbia/
- Morand A, Weill A, Miquel J, Chosidow O, Guillot B, Tannous J, de Gentile L, Parant E, Quinet B, Boyer M, Maruani A, Bodak N, Phan A, Izri A, Tosello B, Bretelle F, Elefant E, Boralevi F, Letord C, Hubiche T, Mallet S. Management of scabies in children under 15 kg and pregnant or breastfeeding women: recommendations supported by the Centre of Evidence of the French Society of Dermatology. Br J Dermatol. 2024 Nov 18;191(6):1014-1016. doi: 10.1093/bjd/ljae288. PMID: 39028660
- Rosumeck S, Nast A, Dressler C. Ivermectin and permethrin for treating scabies. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Apr 2;4(4):CD012994. doi: 10.1002/14651858.CD012994. PMID: 29608022; PMCID: PMC6494415

- Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tiplica GS. European guideline for the management of scabies. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2017 Aug;31(8):1248-1253. doi: 10.1111/jdv.14351. Epub 2017 Jun 22. PMID: 28639722
- Scholz L, Fritz C, Chuttke J, Eichner A, Wohlrab J. Permethrin Steal Effect by Unmasked Corneocytic Keratin in Topical Therapy of Scabies. Skin Pharmacol Physiol. 2023;36(3):107-116. doi: 10.1159/000529401. Epub 2023 Jan 30. PMID: 36716721
- Sponselli S, De Maria L, Caputi A, Stefanizzi P, Bianchi FP, Delvecchio G, Foti C, Romita P, Ambrogio F, Zagaria S, Giannelli G, Tafuri S, Vimercati L. Infection Control among Healthcare Workers and Management of a Scabies Outbreak in a Large Italian University Hospital. J Clin Med. 2023 Jun 2;12(11):3830. doi: 10.3390/jcm12113830. PMID: 37298025; PMCID: PMC10253446
- Sunderkötter C, Wohlrab J, Hamm H. Scabies: Epidemiology, Diagnosis, and Treatment. Dtsch Arztebl Int. 2021 Oct 15;118(41):695-704. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0296. PMID: 34615594; PMCID: PMC8743988
- Thadanipon K, Anothaisintawee T, Rattanasiri S, Thakkinstian A, Attia J. Efficacy and safety of antiscabietic agents: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. J Am Acad Dermatol. 2019 May;80(5):1435-1444. doi: 10.1016/j.jaad.2019.01.004. Epub 2019 Jan 14. PMID: 30654070
- Uzun S, Durdu M, Yürekli A, Mülayim MK, Akyol M, Velipaşaoğlu S, Harman M, Taylan-Özkan A, Şavk E, Demir-Dora D, Dönmez L, Gazi U, Aktaş H, Aktürk AŞ, Demir G, Göktay F, Gürel MS, Gürok NG, Karadağ AS, Küçük ÖS, Turan Ç, Ozden MG, Ural ZK, Zorbozan O, Mumcuoğlu KY. Clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of scabies. Int J Dermatol. 2024 Dec;63(12):1642-1656. doi: 10.1111/ijd.17327. Epub 2024 Jun 23. PMID: 38922701; PMCID: PMC11589009
- Veraldi S, Schianchi R, Nazzaro G. Treatment of permethrin-resistant scabies with pyrethrins/piperonyl butoxide foam. J Dermatolog Treat. 2023 Dec;34(1):2242539. doi: 10.1080/09546634.2023.2242539. PMID: 37526055
- Zottarelli F, Lombardi D, Finesso A, Pasqualini C. report SEREMI edizione 2025 “La Scabbia in Piemonte”

**La presente copia e' conforme all'originale depositato presso gli archivi dell'Azienda ASL Citta' di Torino**

**71-E3-85-0D-8A-B6-C7-F1-2C-DD-28-E7-F6-69-6A-14-C7-C9-FF-58**

**CAdES 1 di 5 del 09/09/2026 14:22:30**

Soggetto: Cristian Rolle

S.N. Certificato: 18CDCEB

Validità certificato dal 07/03/2024 13:28:32 al 07/03/2027 00:00:00

Rilasciato da InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT

---

**CAdES 2 di 5 del 10/09/2026 21:15:20**

Soggetto: Federica Riccio

S.N. Certificato: 2109B62

Validità certificato dal 02/07/2026 19:06:36 al 05/07/2029 00:00:00

Rilasciato da InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT

---

**CAdES 3 di 5 del 21/09/2026 15:39:15**

Soggetto: Antonella Bogliolo

S.N. Certificato: 208E5EC

Validità certificato dal 23/03/2026 14:41:56 al 23/03/2029 00:00:00

Rilasciato da InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT

---

**CAdES 4 di 5 del 21/09/2026 16:01:27**

Soggetto: Arturo Pasqualucci

S.N. Certificato: 1FE179E

Validità certificato dal 04/11/2025 13:03:24 al 04/11/2028 00:00:00

Rilasciato da InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT

---

**CAdES 5 di 5 del 21/09/2026 16:08:04**

Soggetto: Massimo D'Angelo

S.N. Certificato: 2083FB1

Validità certificato dal 18/03/2026 09:36:54 al 18/03/2029 00:00:00

Rilasciato da InfoCert Qualified Electronic Signature CA 3, InfoCert S.p.A., IT

---