

La scuola: è davvero l'ottavo segno vitale?

FEDERICO MARCHETTI¹, GIORGIO COZZI², EGIDIO BARBI^{2,3}

¹UOC di Pediatria e Neonatologia, Ospedale di Ravenna, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche (DIMEC), Università di Bologna

²IRCCS Materno-Infantile "Burlo Garofolo", Trieste

³Università di Trieste

Alla luce delle evidenze più recenti, e in continuità con una riflessione già avviata sulle pagine di Medico e Bambino, questo contributo propone di rileggere la frequenza scolastica come indicatore sensibile di vulnerabilità bio-psico-sociale e come possibile "segno vitale" di salute pubblica. Spostare lo sguardo dall'assenza come trasgressione all'assenza come espressione di distress significa ridefinire il ruolo del pediatra, rafforzare l'alleanza con la scuola e la famiglia e promuovere interventi precoci, integrati e personalizzati. In questa prospettiva, la presenza scolastica diventa non solo un obiettivo educativo, ma una misura concreta di benessere evolutivo.

L' aumento dell'assenza scolastica osservato negli ultimi anni non rappresenta soltanto una criticità del sistema educativo. È un indicatore sensibile di un cambiamento più profondo nel benessere dell'infanzia e dell'adolescenza. Ne abbiamo discusso ampiamente, in questi anni, sulle pagine di *Medico e Bambino*¹. Un recente lavoro pubblicato su *Archives of Disease in Childhood*, che documenta il fenomeno in Inghilterra, ribadisce la necessità di un ripensamento radicale del problema: l'assenza non va interpretata come una trasgressione da correggere, ma come un segnale precoce di vulnerabilità bio-psico-sociale².

Questo cambio di paradigma - di cui discutiamo da tempo - rappresenta probabilmente il contributo più rilevante dell'articolo. Per lungo tempo l'assenteismo è stato letto in chiave moralistica o disciplinare: scarsa motivazione, fragilità educativa familiare, carenze valoriali. I dati restituiscono invece una realtà più complessa: aumento dei disturbi mentali, crescita delle condizioni di povertà, maggiore emersione di bambini e ragazzi con disturbi del neurosviluppo (autismo, ADHD ecc.) non adeguatamente supportati, bullismo, disagio familiare, criticità nei passaggi scolastici.

SCHOOL ATTENDANCE: IS IT TRULY THE EIGHTH VITAL SIGN?

(*Medico e Bambino* 2026;45(4):244-246. doi: 10.53126/MEB45244)

Key words

School absenteeism, Adolescent vulnerability, School attendance

Summary

The recent rise in school absenteeism reflects something more than an educational concern. Indeed, it is an early indicator of child and adolescent vulnerability. Rather than being interpreted as misconduct, school absence should be understood as a possible sign of bio-psycho-social distress. Increasing mental health difficulties, neurodevelopmental disorders, socioeconomic disadvantage, bullying and family stress all contribute to what is more accurately described as "school distress" rather than simple refusal. School attendance may be considered a social determinant of health: regular attendance is associated with better physical, mental and social outcomes, whereas chronic absence predicts long-term educational and health inequalities. For the paediatric practice, monitoring school attendance may function as a practical 'vital sign' encouraging early, integrated and non-punitive interventions that involve healthcare professionals, families and schools.

L'assenza non è un comportamento isolato: è l'esito visibile dell'interazione tra salute individuale, determinanti sociali e capacità del contesto scolastico di adattarsi ai bisogni del singolo. È noto, del resto, che l'assenza scolastica rappresenta uno dei primi segnali del ritiro sociale³.

Un elemento cruciale, spesso sottovalutato, è la rapidità con cui l'assenza può trasformarsi in condizione stabile. Anche periodi relativamente brevi di mancata frequenza possono innescare meccanismi di evitamento, perdita di routine, isolamento relazionale e pro-

gressiva riduzione dell'autoefficacia. Il rientro diventa così sempre più difficile non solo per il persistere delle cause iniziali, ma per gli effetti secondari dell'assenza stessa. Intervenire precocemente significa quindi non solo trattare un sintomo, ma prevenire un processo di consolidamento del disagio.

In questa prospettiva, anche l'espressione "rifiuto scolastico" rischia di essere fuorviante. In molti casi non si tratta di non voler andare a scuola, ma di non riuscirci. Il concetto di *school distress* aiuta a comprendere meglio il fenomeno: assenza e ritiro

possono essere l'espressione di una sofferenza emotiva significativa, particolarmente frequente nei ragazzi con disturbi del neurosviluppo o con disturbi d'ansia.

Se una quota rilevante delle situazioni di distress riguarda bambini - e soprattutto preadolescenti e adolescenti - con queste vulnerabilità, la domanda clinica non dovrebbe concentrarsi sulla loro aderenza alla norma, bensì sulla sostenibilità dell'ambiente che li accoglie. Il nodo non è la mancanza di volontà o un atteggiamento "deviante", ma l'equilibrio, da costruire e modulare, tra caratteristiche individuali e richieste del contesto.

Accanto a queste condizioni, l'esperienza clinica richiama un'associazione altrettanto frequente e spesso sottovalutata: l'assenza scolastica come modalità di presentazione di un disturbo neurologico funzionale^{4,5}. Cefalee persistenti, dolori addominali ricorrenti, vertigini, crisi non epilettiche, astenia marcata o disturbi della deambulazione emergono non di rado in coincidenza con difficoltà scolastiche e tendono ad accentuarsi nei giorni di frequenza. Il sintomo somatico - o da conversione - non può essere letto come simulazione o scelta volontaria, ma come espressione corporea di un conflitto o di una sofferenza psichica. In questi casi la scuola diventa il luogo in cui il disagio prende forma fisica. Ridurre tutto a "evitamento" rischia di cronicizzare il quadro; riconoscere precocemente il legame tra distress scolastico e sintomo funzionale consente invece interventi integrati, evitando medicalizzazioni eccessive e percorsi diagnostici inutilmente invasivi¹.

Un cambio di paradigma

L'articolo compie poi un passaggio ulteriore: definisce la frequenza scolastica un vero e proprio determinante sociale di salute. La presenza regolare si associa a migliori esiti fisici e mentali, minore mortalità e minore rischio di cronicizzazione di patologie croniche^{1,2}. L'assenza cronica, al contrario, correla con peggiori risultati educativi, minori opportunità economiche e maggiore esclusione sociale. Ogni giorno di scuola perso non rappresen-

ta soltanto una lezione mancata, ma una micro-frattura nel percorso di sviluppo.

La relazione, tuttavia, è bidirezionale. La cattiva salute aumenta l'assenza e l'assenza riduce l'accesso ai fattori protettivi offerti dalla scuola: attività fisica, pasti regolari secondo principi di sana alimentazione, reti relazionali, intercettazione precoce del maltrattamento, programmi di prevenzione. Quando salute, famiglia e scuola funzionano in modo coordinato, la presenza è stabile; quando i sistemi si frammentano, l'assenza cresce. La frequenza scolastica diventa così un indicatore sintetico del grado di integrazione tra servizi sanitari, contesti educativi e reti familiari.

Per la Pediatria il messaggio è particolarmente sfidante. La frequenza scolastica va considerata come un vero e proprio "segno vitale" di salute pubblica². Nella pratica ambulatoriale ci informiamo sistematicamente su sonno, alimentazione, attività fisica, ma ancora raramente chiediamo con la stessa regolarità: "Quanti giorni di scuola hai perso nell'ultimo mese?"¹. Eppure, questa domanda semplice può aprire scenari clinici complessi: bullismo, ansia, depressione, difficoltà familiari, vulnerabilità socioeconomica, patologie croniche mal controllate, disturbi funzionali.

Frequenza come salute

Questa prospettiva si colloca in una traiettoria culturale che abbiamo già iniziato a delineare. In un precedente contributo su *Medico e Bambino* è stato ribadito che la salute mentale del bambino/adolescente rappresenta una priorità non delegabile e che la valutazione del funzionamento psicologico dovrebbe entrare stabilmente nei bilanci di salute e, più in generale, in ogni momento di contatto, quando possibile anche in modo proattivo⁶. Sono stati proposti strumenti concreti, come la *Pediatric Symptom Checklist*, lo SDQ e l'HEADS-ED, per intercettare precocemente il bambino a rischio, prima che il disagio si strutturi in psicopatologia conclamata⁶.

Il lavoro pubblicato su *Archives of Disease in Childhood*² amplia oggi que-

sta prospettiva, o forse le conferisce una cornice più esplicita: la frequenza scolastica può rappresentare il segnale clinico che attiva tali strumenti. Possiamo riconoscere nell'assenza uno degli indicatori più immediati e accessibili di possibile disfunzionamento. Non un sostituto della valutazione psicologica strutturata, ma un campanello d'allarme che orienta l'approfondimento.

Questa espansione del mandato pediatrico solleva interrogativi organizzativi e di sistema. È realistico chiedere al singolo pediatra di farsi carico del coordinamento tra scuola, famiglia e servizi sociali? Senza adeguate strutture intermedie e senza una reale integrazione tra servizi, il rischio è trasformare un'esigenza sistemica in un ulteriore carico individuale. La questione non è aggiungere compiti, ma ripensare l'architettura dei servizi: *team* multidisciplinari, condivisione strutturata delle informazioni, percorsi formalizzati di collaborazione con le scuole, accesso facilitato alla salute mentale.

Un ulteriore punto critico riguarda le politiche punitive. Le evidenze suggeriscono che approcci sanzionatori o di "tolleranza zero" tendono ad aggravare la situazione, soprattutto nei gruppi più vulnerabili. Se l'assenza è espressione di disagio, punirla rischia di rafforzare l'esclusione. Le strategie più efficaci sembrano basarsi su interventi precoci, personalizzazione, rafforzamento del legame scuola-famiglia e potenziamento dei servizi socioassistenziali. In altre parole, si tratta di rendere la frequenza concretamente possibile.

Anche in Italia è documentato un aumento del disagio adolescenziale, un incremento delle richieste ai servizi di Neuropsichiatria e una crescente difficoltà nel mantenimento della frequenza scolastica, soprattutto nei passaggi critici^{7,8}. Eppure, l'assenza non è ancora riconosciuta in modo sistematico come indicatore clinico strutturato: è spesso trattata come questione amministrativa o esclusivamente psicologica, raramente come segnale di bisogni complessi e di disuguaglianza sanitaria.

Ripresa scolastica e rete

Integrare stabilmente la frequenza scolastica nella valutazione pediatrica potrebbe produrre almeno tre effetti: migliorare l'identificazione precoce delle vulnerabilità; rafforzare la collaborazione con la scuola; orientare una progettazione condivisa e personalizzata delle risposte ai bisogni emersi. In un'epoca in cui Pediatria e servizi scolastici sono chiamati a confrontarsi con determinanti sociali sempre più evidenti, l'assenza rappresenta un indicatore semplice, facilmente rilevabile e fortemente predittivo.

Se abbiamo imparato a considerare la salute mentale come un "ottavo segno vitale"⁶⁹, forse è tempo di riconoscere che la frequenza scolastica ne costituisce una delle espressioni più tangibili. Non per medicalizzare la scuola, ma per riconoscere che crescita, benessere e partecipazione sono dimensioni inseparabili dello sviluppo. La scuola non è solo il luogo dell'apprendimento: è uno spazio di salute evolutiva.

La sua frequentazione regolare può dirci molto - spesso prima di qualunque scala o questionario - sullo stato di equilibrio, o di fragilità, di un bambino o adolescente.

In termini concreti, l'obiettivo - facile a dirsi, difficile da realizzare - dev'essere una ripresa scolastica il più possibile precoce, poiché la durata stessa dell'assenteismo rappresenta, come detto, un fattore di mantenimento del problema. La ripresa dovrebbe essere graduale e protetta: concordata con la famiglia e con gli insegnanti, magari inizialmente limitata a poche ore al giorno e senza verifiche valutative, per poi tornare progressivamente alla normalità¹. Il tutto all'interno di un progetto di presa in carico di rete, personalizzato in base ai bisogni individuali, strutturati o talvolta emergenziali. In alcune realtà ospedaliere, grazie all'esistenza della "Scuola in Ospedale", definita a livello istituzionale da precisi accordi tra i Provveditorati e gli Ospedali, che garantisce la presenza di insegnanti dedicati che si occupano dei pazienti ricoverati (o alla presenza di figure di psicologi), esistono percorsi definiti che prevedono non

solo colloqui con l'insegnante referente di classe, ma anche incontri formali con tutto il consiglio di classe, condividendo le difficoltà e una complessiva visione di risposta strutturata e graduale ai bisogni. Questo è possibile anche garantendo, sempre a livello ospedaliero (ma non è impossibile immaginare la stessa contestualizzazione in una pratica ambulatoriale distrettuale), la presenza di figure di psicologi/educatori/infermieri adeguatamente formati e strutturati, che possono favorire la presa in carico e la comunicazione con la scuola e altri servizi socioassistenziali.

In questo percorso di facilitazione e accompagnamento, il ruolo degli operatori sanitari è pertanto spesso rilevante, talvolta determinante.

Riconoscere il significato clinico dell'assenza scolastica significa, in ultima analisi, accettare una visione più ampia della salute dell'età evolutiva. Non si tratta di estendere indefinitamente il campo della pediatria, ma di renderlo più aderente alla realtà dei determinanti che influenzano lo sviluppo. In questa cornice, la scuola non è un interlocutore esterno, ma un partner strutturale. È nello spazio tra ambulatorio, famiglia e scuola che si gioca una parte decisiva della prevenzione. Proviamoci insieme

Indirizzo per corrispondenza:

Federico Marchetti
federico.marchetti@auslromagna.it

Bibliografia

1. Cozzi G, Barbi E, Ventura A. Il bambino che non va a scuola. *Medico e Bambino* 2021;40(4):232-6. doi: 10.53126/MEB40232.
2. James C, Neville S, Chaves T, et al. Addressing school absence in clinical practice.

MESSAGGI CHIAVE

- ❑ **L'assenza scolastica è un segnale precoce di vulnerabilità bio-psico-sociale**, non una semplice trasgressione o mancanza di motivazione.
- ❑ **Il concetto di *school distress* aiuta a superare l'idea di "rifiuto scolastico"**: molti ragazzi non è che non vogliono andare a scuola, ma non riescono a farlo per una sofferenza emotiva significativa.
- ❑ **La frequenza scolastica è un determinante sociale di salute**: la sua riduzione si associa a peggiori esiti sanitari, educativi e sociali nel medio-lungo termine.
- ❑ **L'assenza può essere la modalità di presentazione di disturbi mentali o neurologici funzionali**, e richiede un riconoscimento precoce per evitare cronicizzazioni e medicalizzazioni inappropriate.
- ❑ **Servono interventi precoci, personalizzati e di rete (sanità-scuola-famiglia)**: gli approcci punitivi tendono ad aggravare il problema, mentre la ripresa graduale e protetta della frequenza è un obiettivo clinico centrale.

Arch Dis Child 2026 Feb 19;archdischild-2024-327832. doi: 10.1136/archdischild-2024-327832.

3. Rainò E, Ciccolella A, Romagnolo E, et al. Il ritiro sociale in adolescenza: un nuovo modo di esprimere la sofferenza. *Medico e Bambino* 2024;43(6):377-82 doi: 10.53126/MEB43377.

4. Morabito G, Cozzi G, Bertolini C, Ghirardo S, Barbi E, Ventura A. "Più matti che malati": chi, quanti, cosa succede di loro. *Medico e Bambino* 2018;37(1):27-34.

5. Lama C, Faggioli R, Marchetti F. Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati in età pediatrica. *Medico e Bambino* 2018;37(1):35-41.

6. Ghirigato E, Corona F, Cozzi G, Carucci S, Barbi E. Screening del funzionamento psicologico: l'ottavo segno. *Medico e Bambino* 2023;42(1):31-7. doi: 10.53126/MEB42031.

7. Marchetti F. "Nella mia mente": la salute mentale dei bambini e dei giovani. *Medico e Bambino* 2021;40(9):563-5. doi: 10.53126/MEB40563.

8. Bodini A, Gagliardi I, Albizzati A, Ponzini G, Selitto G, Lazzarini I. Malessere giovanile percepito e prospettive future: un questionario tra gli studenti di scuola secondaria superiore della città metropolitana di Milano. *Medico e Bambino* 2025;28(6):e138-e144 doi: 10.53126/MEBXXVIIIIGU138.

9. Jellinek M, Murphy JM. Screening for Psychosocial Functioning as the Eighth Vital Sign. *JAMA Pediatr* 2021;175(1):13-4. doi: 10.1001/jamapediatrics.2020.2005.