

Pensiamo alla medicina come l'arte di risolvere i misteri del nostro corpo sulla base dei principi dell'evidenza e dell'imparzialità. Ci aspettiamo che le diagnosi e le cure prescindano dal colore della nostra pelle, dal nostro genere o dal nostro orientamento sessuale. Eppure la medicina, così come la scienza, è un prodotto storico, sociale e culturale, e in quanto tale è frutto del *man-made world* (Perkins Gilman 2021 ed. or. 1911; Cleghorn 2021). La medicina ha assorbito e rinforzato le divisioni di genere socialmente costruite, andando a creare un *gender bias*¹ che ha un forte impatto sulla storia di vita di ciascuna donna, e ancora di più su quella delle donne che si ammalano in un mondo (medico) costruito per e dal maschile (Viola 2022).

Nel XVIII secolo, con la scoperta dell'anatomia patologica, si traccia la soglia d'ingresso della medicina nella modernità. A partire da questo momento il sapere medico muta e non si occupa più del rapporto singolare con il paziente ma, piuttosto, assorbe e veicola l'attenzione pubblica per la salute del corpo: «Il controllo della società sugli individui non si effettua solo attraverso la coscienza o l'ideologia, ma anche nel corpo e con il corpo. Per la società capitalista è il bio-politico a essere importante prima di tutto, il biologico, il somatico, il corporale. Il corpo è una realtà bio-politica; la medicina è una strategia bio-politica». (Foucault 2021 ed. or. 1974) Quando Foucault definisce la medicina come una strategia bio-politica indica un sapere di governo il cui punto di riferimento non sono gli individui particolari, ma un'entità statistica e collettiva come la popolazione. Adottando una prospettiva di genere e intersezionale, però, si prende consapevolezza del fatto che la medicina, in quanto sapere di governo, non agisce su tutti i corpi allo stesso modo. Sin dall'antica Grecia², infatti, il corpo maschile è stato letto come il corpo umano per antonomasia (Perez 2020 ed. or. 2019): «L'umanità è maschile e l'uomo definisce la donna non in quanto tale ma in relazione a sé stesso; non è considerata un essere autonomo. [...] Egli è il Soggetto, l'Assoluto: lei è l'Altro» (De Beauvoir 2016 ed. or. 1949). La medicina è stata per secoli, e molto spesso è ancora, una medicina dei maschi bianchi per i maschi bianchi (Viola 2022). Il sapere medico è agente principale di normalizzazione della società (Foucault 2021 ed. or. 1974), e in ogni fase della sua storia ha riprodotto la genderizzazione binaria della realtà sociale a partire dai corpi – quelli maschili definiti come l'anatomia stessa (Travis 1992); quelli femminili condannati sulla base della loro differenza anatomica dal maschile, e quindi medicalmente definiti come guasti, difettosi e manchevoli (Cleghorn 2021) – promuovendo sotto forma di verità scientifica e incontestabile la naturale posizione di potere degli uomini, e la conseguente subordinazione delle donne. Dunque la medicina, costruito del *man-made world*, è androcentrica (Perkins Gilman 2009 ed. or. 1911) ossia assume il corpo maschile come *standard* di valutazione universale (Hibbs 2014). Al contrario, i corpi femminili³ e le “malattie delle donne” non sono mai stati una priorità.

Le donne possiedono però l'utero che ha un elevato potere sociale, biologico e simbolico. Non a caso storicamente la conoscenza della biologia femminile si è concentrata intorno a questo organo. Nello specifico, la crisi demografica che ha investito l'Europa occidentale tra il XVI e il XVII secolo ha

¹ In medicina il “*gender bias*” si riferisce a situazioni in cui i pazienti ricevono diagnosi e cure di qualità inferiore a causa del genere a cui appartengono.

² Già nel III secolo a.C. Aristotele descriveva il corpo femminile come l'antipodo di quello maschile

³ Basti sapere che la complessa anatomia della clitoride è stata compresa e descritta solo nel 2005 dalla Professoressa australiana Helen O'Connell anatomista e prima urologa donna in Australia.

trasformato la riproduzione e l'aumento della popolazione in affari di competenza statale. Di conseguenza sono state adottate una serie di politiche mirate a spezzare il controllo che le donne esercitavano sui loro corpi e sulla riproduzione: «[...] con questa legislazione i loro ventri diventarono territorio pubblico, controllato dagli uomini e dallo stato [...] il corpo femminile fu trasformato in un mezzo di riproduzione e accrescimento della forza-lavoro, trattato come una macchina per procreare». (Federici 2020 ed. or. 2004) La criminalizzazione del controllo delle donne sulla procreazione e sul loro corpo ha definitivamente stabilito il loro "naturale" ruolo sociale ossia procreare, crescere la prole e, complementariamente, non lavorare, degradando la maternità allo stato di lavoro forzato⁴. Il controllo sociale dei corpi femminili attraverso la medicalizzazione della riproduzione è ancora oggi ben visibile in una serie di pratiche mediche standardizzate e spesso invasive come il numero eccessivo di controlli e diagnosi in gravidanza o le episiotomie praticate su tutte le partorienti primipare in ospedale⁵ (Lombardi 2010).

L'ossessivo interesse medico per l'utero ha quindi portato all'iper-medicalizzazione del femminile per quanto concerne la riproduzione, ma ha avuto un'altra conseguenza fondamentale e opposta alla precedente – che ancora oggi incide sulle (non) diagnosi e le (non) cure che ricevono le donne. Già Ippocrate, Platone e Areteo di Capodoccia erano convinti dell'esistenza di una stretta relazione tra malattie dell'utero – in greco *hystera* – e salute psico-fisica delle donne. I miti sul mistico utero non hanno fatto che consolidarsi nel corso della storia, e l'isteria⁶, pur nelle diverse definizioni che ne sono state date nel tempo, è diventato il modello medico onnicomprensivo per definire qualsiasi patologia che affligge i corpi e le menti delle donne (Didi-Huberman 2020 ed. or. 1982; Cleghorn 2021).

La letteratura disponibile sul tema dimostra che ancora oggi esiste una disparità di genere nell'accesso alle diagnosi e alle cure, e mette in luce le differenze di genere nel trattamento del dolore da parte del Servizio Sanitario Nazionale – in particolare rispetto al dolore cronico senza lesioni organiche (Hoffman e Tarzian 2001). Non esistono dati scientifici a supporto di questa discrepanza di trattamento, la spiegazione più probabile è il radicato pregiudizio medico sulla percezione e tolleranza del dolore da parte delle donne, e l'atteggiamento di operatori/operatrici sanitarie rispetto alla validità dei resoconti personali di malattia (*self report*) (McCaffery e Ferrell 1992). È chiaro che gli stereotipi medici sulle menti e sui corpi delle donne, sul modo in cui fanno esperienza, esprimono e tollerano il dolore si sono cementati nel corso della storia assorbendo le differenze di genere socialmente costruite, contribuendo alla costruzione del *gender bias* contemporaneo.

Quest'ultimo si fa ancora più imponente quando i medici si trovano a confrontarsi con malattie croniche e/o autoimmuni senza lesioni organiche in cui il dolore è l'unico sintomo. Si tratta delle cosiddette *contested illnesses* (Barker 2008), malattie che sfidano il paradigma bio-medico positivista.

⁴ Si noti come anche in questo caso il governo bio-politico dei corpi delle donne è antecedente al XVIII secolo.

⁵ Vari studi, tra cui quello dell'OMS del 1996, hanno dimostrato che circa l'80% delle episiotomie sono inutili se non dannose.

⁶ Il nome isteria deriva, non a caso, dal termine *hystera* che significa utero in greco antico.

Il numero delle “malattie invisibili”⁷ negli ultimi decenni ha visto una crescita esponenziale in tutto il mondo, e le assegnate femmine alla nascita, per ragioni ancora fortemente dibattute all’interno della comunità scientifica, ne sono colpite in modo nettamente maggiore rispetto alla controparte maschile. In una scienza bio-medica profondamente ancorata agli indicatori biologici, e quindi oggettivi di dolore/malattia nella formulazione delle diagnosi c’è una totale svalutazione dei resoconti soggettivi ed esperienziali del dolore che spesso sono gli unici su cui basarsi in caso di dolore cronico (Hoffman e Tarzian 2001). Insieme, il fatto che siano prevalentemente le donne a soffrire di queste patologie porta il personale sanitario ad attribuire cause psicogene e psicosomatiche al dolore delegittimandolo, ritardando di anni le diagnosi e le cure, e più in generale contribuendo direttamente alla mancanza di conoscenze riguardo a come curare, trattare e supportare le donne con malattie caratterizzate da dolore cronico (Fishbain, Goldberg, Meagher, Steele e Rosomoff 1986; Lennane e Lennane 1973)⁸. Dunque, quando i medici si confrontano con pazienti i cui sintomi li lasciano perplessi propendono per diagnosi di psicosomatizzazione. Teorizzare che le malattie siano causate da stati mentali, e si possano quindi curare grazie alla forza di volontà della persona malata è segno della scarsa conoscenza del substrato fisico di una malattia: «La psicologizzazione dà l’impressione di fornire un controllo su esperienze ed eventi (come le malattie gravi) su cui, di fatto, si ha un controllo scarso o nullo. La spiegazione psicologica erode la “realtà” di una malattia. Quella realtà deve essere spiegata. [...] Le teorie psicologiche sulla malattia sono un potente strumento per la colpevolizzazione dei malati». (Sontag 2020 ed. or. 1977) Possiamo definire le diagnosi di somatizzazione come la versione contemporanea delle diagnosi di isteria dopo la loro rimozione come diagnosi autonoma nel 1952. Il disconoscimento medico delle *contested illnesses* che affliggono i corpi e le menti delle donne si presenta in modo ancora più acuto in caso di malattie ginecologiche e dolore pelvico cronico⁹ (Grace 1995). Il dolore vulvare cronico, noto in termini medici come “vulvodinia”, rappresenta un caso esemplare all’interno di questo panorama.

Il termine “vulvodinia” indica un dolore cronico localizzato nell’area vulvare e persistente da 3 a 6 mesi. Si tratta in realtà di un vocabolo che include un’ampia varietà di condizioni cliniche vulvari, con differenti eziologie e fisiopatologie, ma tutte con un sintomo comune: un dolore cronico, continuo o intermittente, spontaneo o provocato, e invalidante (Graziotin e Murina 2011). Descritta per la prima volta da I.G. Thomas nel 1880, e riconosciuta a livello ufficiale nel 1898, la patologia è stata sostanzialmente dimenticata per più di 80 anni, ed è riemersa nei testi di Ginecologia solo nel corso degli anni Ottanta del '900. La vulvodinia colpisce il 15-16% della popolazione assegnata femmina alla nascita, quindi, benché definita come “malattia rara”, è in realtà un disturbo diffuso. Pur essendo una patologia frequente può rimanere non diagnosticata e di conseguenza non trattata per anni: «Questa forma di dolore è trascurata dalla maggior parte dei medici perché viene percepita come difficile da affrontare, oppure come “psicogena”, e quindi di competenza dello psicologo. Va

⁷ Tra queste: fibromialgia, endometriosi, vulvodinia, neuropatia del pudendo, lupus.

⁸ Negli studi menzionati si sottolinea sempre come le diagnosi psicosomatiche riguardino prevalentemente le donne rispetto agli uomini affetti da dolore cronico.

⁹ Nel 1980 nella terza edizione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* appare una nuova classificazione dei “*somatization disorder*” per aiutare i medici nelle diagnosi di malattie con sintomi fisici ma senza cause organiche o psicologiche identificabili. Nella lista troviamo dolore penetrativo durante i rapporti sessuali (dispareunia) e dolore diffuso in area genitale. Questi sono sintomi caratteristici della vulvodinia.

invece affermato con chiarezza che questa è una lettura obsoleta della patologia: la vulvodinia è un disturbo con solidissime basi biologiche che ricadono nell'ambito della competenza medica». (Graziotin e Murina 2011) Nonostante la diffusione e il riconoscimento nella letteratura medica internazionale, a partire dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, la vulvodinia non è studiata nelle facoltà di medicina, e questo, unitamente a una scienza medica che non riconosce la validità del dolore femminile, non ne studia la fisiologia sesso-specifica, e ancora profondamente legata al paradigma medico positivista, porta il personale medico-sanitario non formato a metterne in discussione la stessa esistenza. Ne consegue un ritardo diagnostico stimato di quattro anni e mezzo dopo la consultazione di decine di specialisti (<https://www.vulvodinia.online>). “É tutto nella tua testa”, “sei stressata ultimamente?”, “forse dovresti cambiare partner”, “per le donne è normale soffrire”, “bevi un bicchiere di vino prima di fare sesso” sono solo alcune delle frasi che le donne affette da questa patologia si sentono ripetere nel lungo percorso alla ricerca di una spiegazione, e di una possibile cura per il loro dolore costantemente invalidato e psicologizzato. Il Servizio Sanitario Nazionale Italiano non riconosce la vulvodinia come malattia, ciò significa che, anche a seguito della diagnosi, non si ha diritto alla malattia, né, nei casi più gravi, al riconoscimento di percentuali di disabilità. Inoltre, le spese mediche sono totalmente a carico delle pazienti che spesso si trovano costrette ad abbandonare le cure a causa dei costi esorbitanti e insostenibili, ancor di più per una persona malata¹⁰: «La cura è dunque un percorso a ostacoli particolarmente estenuante che risulta sostenibile solo da parte di donne bianche, cis, del nord Italia e di ceto quanto meno medio, pur con grandissime difficoltà economiche ed emotive. Per le donne del sud Italia lontane 800 km dal primo centro specializzato, per le persone meno abbienti, razzializzate, precarie, trans o con difficoltà linguistiche la possibilità di accedere alla cura è fortemente limitata, poiché il sessismo della discriminazione medica è attraversato da altre disuguaglianze e violenze istituzionali». (Carpani 2022 <https://jacobinitalia.it/la-vulva-in-fiamme/>)

Date le carenze del personale medico, da quello di medicina territoriale a quello specialistico, e del *Welfare State*, le donne hanno trovato un potente mezzo di consapevolezza sui propri corpi e sulla malattia negli spazi virtuali di auto-mutuo-aiuto. In questo senso internet, con tutte le problematicità e i rischi connessi, rappresenta uno strumento di contrasto al *gaslighting* medico, e, insieme, uno spazio fondamentale di condivisione e conoscenza per le persone malate, che sono estromesse da un sapere medico elitario e positivista che non riconosce l'importanza fondamentale dell'esperienza soggettiva del proprio corpo e del proprio dolore nel processo di costruzione di quello stesso sapere. La condivisione dell'intima e personale realtà dell'essere una donna malata è dolorosa, ma può creare conoscenze preziose – conoscenze che il modello medico di diagnosi basato sulle evidenze biologiche e oggettive non vuole accogliere (Cleghorn 2021).

Per le medesime ragioni a giugno del 2021 è nato il Comitato Vulvodinia e Neuropatia del Pudendo, poi costituitosi in Associazione il 24 maggio del 2022 (<https://www.vulvodinianeuropatiapudendo.it>). Il Comitato è animato da pazienti/attiviste, Associazioni italiane che si occupano da tempo delle due patologie, e da un Comitato medico-scientifico composto da personale sanitario formato ed esperto. L'obiettivo è quello di ottenere il

¹⁰ Le associazioni delle pazienti stimano una spesa mensile media di oltre 300 euro – corrispondente a circa il 20% dello stipendio netto mensile di una lavoratrice dipendente – che comprende farmaci, integratori, manipolazioni ostetriche e fisioterapiche, visite specialistiche e controlli.

riconoscimento di vulvodinia e neuropatia del pudendo come malattie croniche e invalidanti, e il loro inserimento nei livelli essenziali di assistenza del Sistema Sanitario Nazionale (LEA) al fine di garantire tutele sanitarie, economiche e lavorative per tutte le persone che ne soffrono.

La messa a critica da parte delle donne del sistema bio-medico come non neutro e di stampo patriarcale, e la volontà di agire in modo diretto per cambiare lo *status quo* della realtà sociale non sono pratiche nuove. Già nel 1970 negli Stati Uniti un gruppo di donne che prenderà il nome di *Boston Women's health Book Collective* pubblica il libro *Our Bodies, Ourselves* scritto dalle donne per le donne. Il libro nasce dal confronto reciproco tra donne, dallo studio dei manuali di medicina e dei giornali clinici, dall'incontro con professionisti del settore medico, e dalla distribuzione di questionari. L'obiettivo è quello di riappropriarsi delle conoscenze sul proprio corpo a partire dalla presa di consapevolezza che la salute e la vita delle donne dipendono dall'abbattimento delle barriere della segretezza e della mistificazione che le istituzioni mediche maschili e maschiliste impongono sulle menti e sui corpi femminili. Scrivono le autrici nella prefazione:

«[...] il nostro lavoro ci consentì di dare un giudizio sulle istituzioni che dovevano occuparsi della nostra salute: ospedali, cliniche, medici e infermieri, uffici d'igiene, organismi mutualistici e così via. [...] Fu per noi un'esperienza politica fondamentale: scoprire che non disponevamo di quasi nessun controllo sulla nostra vita e sul nostro corpo; uscire dall'isolamento per imparare l'una dall'altra le cose di cui avevamo bisogno; sostenerci reciprocamente nel chiedere i cambiamenti che il nostro nuovo atteggiamento critico ci indicava come necessari. In quel momento abbiamo preso coscienza del nostro potere in quanto forza politica e sociale in grado di operare dei cambiamenti». (The Boston Women's Health Book Collective 1982 ed.or. 1971)

L'esperienza americana ha gettato le basi per la diffusione del movimento femminista per la salute in gran parte dell'occidente compresa l'Italia.

A cinquant'anni di distanza molto è cambiato e molto è ancora da modificare. Come sottolinea una parte del mondo scientifico: da un lato la nostra cultura ha esasperato e strumentalizzato le differenze di sesso e di genere; dall'altro la scienza le ha ignorate troppo a lungo. Il corpo femminile è stato poco studiato, poco considerato e di conseguenza curato male, in questo ambito una rivoluzione è urgente e può cominciare con la medicina di genere: «La medicina di genere – detta anche medicina genere-specifica – si occupa appunto di studiare le differenze esistenti fra uomini e donne nella manifestazione delle malattie e nell'approccio terapeutico per affrontarle». (Viola 2022) Pur non volendo ricalcare il binarismo sesso/genere proprio della nostra società, in medicina è fondamentale tenere presente che i nostri corpi sono diversi a seconda del sesso biologico di appartenenza. Quindi, aldilà del sesso e del genere cui sentiamo di appartenere, ciò che siamo dal punto di vista fisiologico impatta sul modo in cui si manifestano le patologie, e sugli approcci specifici per curarle al meglio¹¹. Le differenze fisiologiche sono state lungamente ignorate dalla medicina con l'esclusione dei soggetti di sesso femminile sia nella ricerca pre-clinica effettuata sugli animali, sia in quella clinica con le persone. Buona parte della nostra medicina si riferisce alla fisiologia del maschio caucasico di circa 70 kg di peso, è dunque chiaro che la medicina si è occupata prevalentemente

¹¹ Questo discorso è di fondamentale importanza anche per le persone transgender perché, quantomeno in Italia, una volta ottenuto il cambio dei documenti non hanno più diritto di accesso alle prestazioni mediche sesso-specifiche gratuite erogate dall'SSN. Ad esempio una donna transgender potrà fare pap test periodici e gratuiti come tutte le persone di sesso femminile ma, nel suo caso, questo screening è inutile dato che non ha l'utero. Viceversa non potrà accedere gratuitamente agli screening per il controllo della prostata nonostante questo organo permanga anche dopo l'intervento di vaginoplastica.

della patologia declinata al maschile, trascurando differenze che sono cruciali per prevenire, diagnosticare e curare le malattie delle donne. Questo stesso discorso vale per i farmaci dato che le donne vengono curate con protocolli e farmaci creati per gli uomini. In questo senso sarebbe più corretto utilizzare l'espressione medicina dei sessi o sesso-specifica. C'è però una definizione più ampia data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS): «[...] La medicina di genere, studiando tutto ciò che determina lo stato di salute e di malattia di ogni persona, non prende in esame solo l'influenza delle differenze biologiche [...] ma anche le disparità socio-economiche e culturali [...] Le vie attraverso cui i determinanti del genere agiscono sulla salute sono molteplici e complessi e sono stati riassunti nei seguenti punti: (a) pratiche, valori, norme e comportamenti discriminatori; (b) maggiore esposizione o vulnerabilità alla malattia, alla disabilità o alle lesioni; (c) un sistema sanitario discriminatorio; (d) una ricerca scientifica discriminatoria. Tutti questi fattori agiscono insieme per creare disuguaglianze in termini di salute». (Viola 2022) È a partire da queste disparità, come abbiamo visto, che il genere ricopre un ruolo importante in ambito medico.

In conclusione, è necessario che la medicina e gli operatori e le operatrici medico-sanitarie si impegnino ad operare questa rivoluzione, abbandonando quei miti di genere che hanno risvolti negativi, e talvolta letali, sulla storia di vita delle donne in generale e delle donne malate in particolare. È inoltre fondamentale che facciano tesoro di quel processo che viene dalla tradizione dell'autocoscienza femminista che considera la medicina come un sapere aperto, basato sull'integrazioni tra saperi di diversa natura, tra i quali indubbiamente l'esperienza personale e soggettiva del proprio corpo e del proprio dolore.

Bibliografia

- Barker, K.K. (2008), Electronic Support Groups, Patient-Consumers, and Medicalization: The Case of Contested illness, in *Journal of Health and Social Behaviour*, vol. 49, pp. 20-36.
- Cleghorn, E. (2021), *Unwell Women. A Journey through Medicine and Myth in a Man-Made World*, London, Weidenfeld & Nicolson.
- De Beauvoir, S. (2016), *Il secondo sesso*, Milano, Il Saggiatore.
- Didi-Huberman, G. (2020), *L'invenzione dell'isteria. Charcot e l'iconografia fotografica della Salpêtrière*, Bologna, Marietti 1820.
- Federici, S. (2020), *Calibano e la strega. Le donne, il corpo e l'accumulazione originaria*, Milano, Mimesis Edizioni.
- Fishbain, D.A. e Goldberg, M. e Meagher, B.R. e Steele, R. e Rosomoff, H. (1986), Male and Female Chronic Pain Patients Categorized by DSM-III Psychiatric Diagnostic Criteria, in *Pain*, vol.26, pp. 181-197.
- Foucault, M. (2021), *Medicina e Biopotere. La salute pubblica e il controllo sociale*, Roma, Donzelli Editore.
- Grace, V.M. (1995), Problems of Communication, Diagnosis, and Treatment experienced by Women using the New Zealand Health Services for Chronic Pelvic Pain: A Quantitative Analysis, in *Health Care for Women international*, vol. 16, n. 6, pp. 521-535.
- Graziotin, A. e Murina, F. (2011), *Vulvodinia*, Milano, Springer.
- Hibbs, C. (2014), *Androcentrism*, in *Encyclopedia of Critical Psychology*, New York, Springer.
- Hoffman, D.E. e Tarzian A. (2001), The Girl who Cried Pain: A Bias Against Women in the Treatment of Pain, in *Journal of Law, Medicine & Ethics*, vol. 29, pp. 13-27.
- Lennane, K.J. e Lennane R.J. (1973), Alleged Psychogenic Disorders in Women – A Possible Manifestation of Sexual Prejudice, in *The New England Journal of Medicine*, vol. 288, n. 6, pp. 288-292.
- Lombardi, L. (2010), Medicalizzazione del corpo e potere della medicina, in *Questioni sul corpo in psicologia sociale*, Giornata di studi GDG.
- McCaffery, M. e Ferrell, B.R. (1992), Does the Gender Gap Affect your Pain Control Decisions?, in *Nursing*, vol. 22, n. 8, pp. 48-51.
- Perez, C.C. (2020), *Invisibili. Come il nostro mondo ignora le donne in ogni campo. Dati alla mano*, Torino, Einaudi.
- Perkins Gilman, C. (2021), *The Man-Made World or our Androcentric Culture*, Berkeley, West Margin Press.

Sontag, S. (2020), *Malattia come metafora e L'Aids e le sue metafore*, Milano, Nottetempo.

The Boston Women's Health Book Collective (1982), *Noi e il nostro corpo. Scritto dalle donne per le donne*, Milano, Feltrinelli.

Travis, C. (1992), *The Mismeasure of Woman. Why Women are not the better sex, the inferior sex, or the opposite sex*, New York, Touchstone.

Viola, A. (2022), *Il sesso è (quasi) tutto. Evoluzione, diversità e medicina di genere*, Milano, Feltrinelli.

Sitografia

<https://www.vulvodinia.online>

<https://jacobinitalia.it/la-vulva-in-fiamme/>

<https://www.vulvodinianeuropatiapudendo.it>