



**S.C.D.U. UROLOGIA**  
Direttore Prof. Carlo Terrone

**S.C.D.U. RECUPERO RIEDUCAZIONE FUNZIONALE**  
Direttore Prof. Carlo Cisari

Servizio Sanitario Regione Piemonte  
A.O. "Maggiore della Carità" di Novara  
Università degli Studi del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro"



# L'INCONTINENZA URINARIA

## COS'E' L'INCONTINENZA URINARIA ?

L'incontinenza urinaria è la perdita involontaria di urina attraverso l'uretra. Il problema colpisce entrambi i sessi ma è **molto più frequente nel sesso femminile**, anche se non sempre la donna ne parla volentieri per imbarazzo, vergogna, o rassegnazione. Oggi però sempre più donne sperano di poter risolvere questo problema, che non deve essere considerato come ineluttabile o normale con l'avanzare dell'età. L'incontinenza urinaria, oltre a problemi igienici provoca un disagio fisico ed anche psicologico. Si tende sempre più ad evitare le situazioni imbarazzanti, i luoghi che non si conoscono (dove non si sa se si può trovare un bagno in fretta!), i contatti sociali e può limitare anche l'attività lavorativa e la vita sessuale. In condizioni normali l'urina, prodotta dai reni, raggiunge la vescica attraverso gli ureteri (Fig.1). La vescica è un serbatoio che raccoglie le urine ed è collegata a un tubo: l'uretra, che porta le urine all'esterno. Man mano che la vescica si riempie, il detrusore, che è

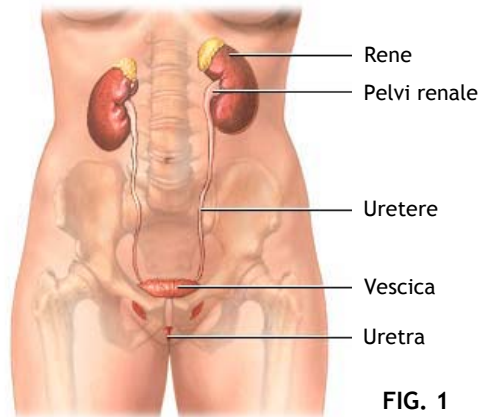


FIG. 1

il muscolo della vescica, si rilassa mentre l'uretra si contrae. Ciò ci consente di trattenere le urine e di non perdere. Man mano che la vescica si riempie, si raggiungerà il primo stimolo, cioè il momento in cui avvertiamo il bisogno di urinare. In questa fase è possibile decidere volontariamente di raggiungere un bagno e quindi urinare, ma è anche possibile ritardare la minzione in modo da poter trovare la condizione ambientale più favorevole. Nel momento in cui decidiamo o comunque una volta raggiunto il massimo del riempimento, la vescica si svuoterà con una contrazione del

## IL CICLO MINZIONALE

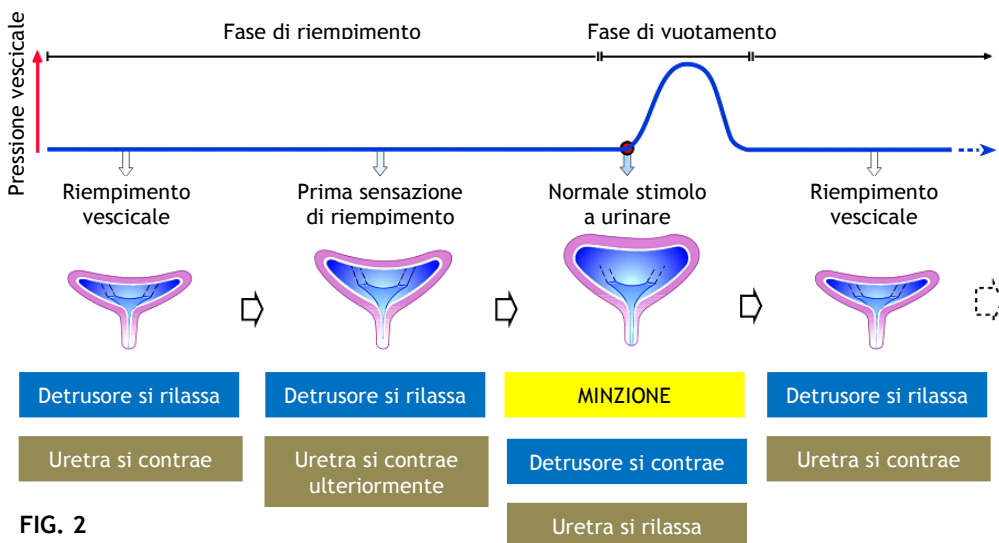


FIG. 2

detrusore mentre l'uretra rilassandosi permetterà il passaggio delle urine. Tutte queste fasi sono molto complesse e controllate dal nostro sistema nervoso centrale e periferico (Fig. 2).

## DA COSA DIPENDE L'INCONTINENZA URINARIA?

L'incontinenza può essere legata a problemi che insorgono a livello o della vescica o dell'uretra. In parole semplici nel primo caso la vescica potrà contrarsi (anche indipendentemente dalla nostra volontà) e la pressione che si svilupperà potrà essere tanto grande da superare la forza del muscolo dell'uretra tanto da non permetterci di trattenere le urine. Nel secondo le perdite di urina avvengono senza contrazione del detrusore e sono favorite da una anomalia dell'uretra che non riesce ad opporsi allo svuotamento vescicale in quanto prolassata o eccessivamente mobile oppure perchè troppo debole

(deficit del muscolo sfintere) (Fig. 3).

### Fattori di rischio

La perdita di urina è più comune nelle donne che hanno avuto uno o più figli partoriti per via vaginale e nelle donne in menopausa, periodo molto critico, in cui le alterazioni ormonali possono modificare anche l'apparato urinario. Sono anche più a rischio le pazienti obese e che fanno lavori pesanti dal punto di vista fisico. Anche alcuni interventi chirurgici possono predisporre a questo problema, ad esempio inter-

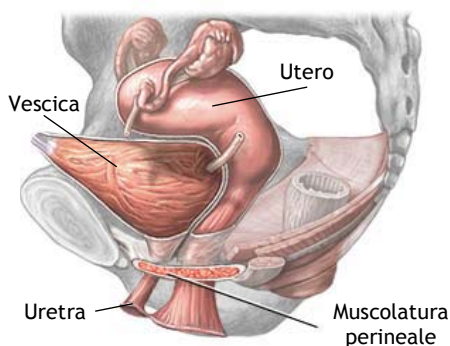


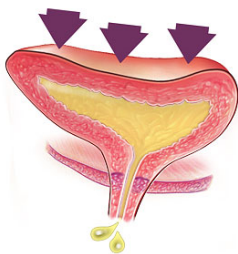
FIG. 3

venti sull'utero o sull'intestino, così come la radioterapia. **Nell'uomo l'incontinenza è una patologia meno frequente** e spesso è conseguente a interventi chirurgici sull'apparato urinario e in particolare sulla prostata.

## QUALI TIPI DI INCONTINENZA URINARIA ESISTONO?

Esistono diversi tipi d'incontinenza che dipendono dalle modalità con cui l'incontinenza stessa si manifesta.

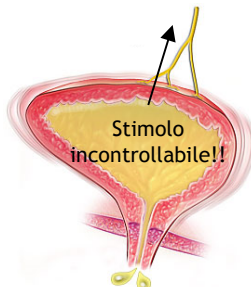
**Incontinenza da sforzo.** Si manifesta quando aumenta la pressione addominale in occasione di uno sforzo fisico, ma anche semplicemente quando si ride, si tossisce, si starnutisce o durante un movimento (Fig. 4). In genere dipende da un problema dell'uretra (vedi sopra).



**FIG. 4**  
*Incontinenza da sforzo*

**Incontinenza da urgenza.** Si manifesta con un improvviso e non controllabile desiderio di urinare tanto da non fare in tempo a raggiungere il bagno (Fig. 5). E' provocata da contrazioni irrefrenabili ed incontrollabili della vescica, che si presentano improvvisamente e che il/la paziente non riesce proprio a controllare. E' una condizione che talora insorge senza un preciso motivo, ma può fare seguito a problemi in-

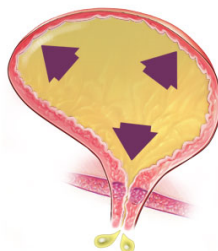
fettivi, neurologici o essere conseguenza di interventi chirurgici specie se a carico di organi vicini alla vescica (ad esempio l'utero.)



**FIG. 5**  
*Incontinenza da urgenza*

**Incontinenza mista.** È la situazione in cui l'incontinenza si presenta con entrambi i sintomi, sia con lo sforzo sia con l'urgenza.

**Incontinenza da rigurgito.** E' la forma meno frequente ed è più rara nelle donne rispetto agli uomini, nei quali l'ingrossamento della prostata può ostacolare il normale svuotamento della vescica durante la minzione. E' una forma particolare di incontinenza perché in realtà si presenta quando la vescica non riesce a svuotarsi, si riempie fino all'inverosimile e quindi l'urina trabocca a goccia a goccia (Fig. 6)



**FIG. 6**  
*Incontinenza da rigurgito*

## COME SI EFFETTUA LA DIAGNOSI?

Spesso è semplice fare diagnosi: il/la

paziente da solo/a è in grado di verificare la sua scarsa capacità di trattenere le urine oppure, con un semplice colpo di tosse verificarne la fuga. In verità questa rappresenta una diagnosi troppo semplicista e conviene come buona norma **parlarne con il proprio medico**. Un buon colloquio ed una visita medica saranno in grado di impostare correttamente il problema **avviando poi il paziente allo specialista urologo** che, attraverso procedure più accurate permetterà una corretta impostazione del problema.

In genere la **visita** e l'osservazione diretta da parte del medico della fuga di urina a vescica piena durante un colpo di tosse (**test da sforzo**), costituiscono una semplice modalità di verifica della perdita di urina, specie nel caso la persona soffra di incontinenza da sforzo. Se poi è opportuno procedere ad accertamenti, i primi esami cui sottoporsi sono un'**analisi delle urine** ed un'**urinocoltura**. Questo consentirà di escludere un'infezione delle vie urinarie che può qualche volta essere causa di un'incontinenza da urgenza. Se poi l'incontinenza si associa ad altri sintomi come bruciori alla minzione, presenza di sangue nelle urine o disturbi nello svuotamento vescicale, l'**ecografia** diviene un'indagine molto utile alla ricerca di altre malattie della vescica. Altri test che possono essere richiesti dallo specialista, a seconda delle diverse situazioni sono poi il **diario minzionale** e l'esame urodinamico. Nel primo caso la persona deve annotare, per alcuni giorni, l'ora di ogni minzione e la quantità di urina emessa (scrivendo anche se è riuscita o no a raggiungere la toilette in tempo utile, senza perdere). Il risultato finale è una tabella

che riflette le abitudini minzionali. Vengono riportate anche le cause scatenanti dell'incontinenza, quali un colpo di tosse e può essere annotata la necessità di sostituire gli assorbenti. L'**urodinamica** è invece un esame un po' più complesso che ci permette di conoscere più a fondo le problematiche sia uretrali sia vescicali che portano alla perdita di urina.



**FIG. 7** Sala per l'Urodinamica

Si compone di test diversi: la uroflussimetria, la cistometria, lo studio pressione/flusso, il profilo uretrale e la determinazione della pressione al punto di perdita (VLPP). In maniera un po' semplicista la **uroflussimetria** consiste nell'urinare in un apparecchio che consente di valutare il flusso e quindi la velocità di uscita dell'urina. Tutte le altre fasi dell'esame sono precedute dalla introduzione in vescica di un piccolo catetere, attraverso il quale la vescica verrà riempita con della soluzione fisiologica al fine di mimare quello che avviene normalmente ad ogni minzione.

Altri esami molto specifici (videourodinamica, uretrocistoscopia, perineografia), potranno essere chiesti dallo specialista in casi particolari e

quando l'incontinenza si associa ad altre patologie.

## COME SI CURA?

Contrariamente all'opinione comune, la maggior parte delle pazienti incontinenti è meritevole di trattamento. Ecco le principali opzioni possibili.

### Modifiche dello stile di vita

E' una opzione possibile soprattutto negli stadi iniziali e utile soprattutto quando si affianca alla riabilitazione della muscolatura pelvica. Queste norme di comportamento prevedono ad esempio la perdita di peso, un più attento controllo del consumo di liquidi, l'eventuale abolizione o riduzione del caffè e delle sigarette. Bisognerebbe cercare di non ingrassare perché i chili di troppo "pesano" sulla vescica e sull'uretra. Un'assunzione di liquidi troppo abbondante costringerà la vescica a un "superlavoro" che può accentuare il problema, ma attenzione a bere poco perché questo può favorire le infezioni! La stitichezza è un altro fattore che può peggiorare l'incontinenza quindi, in conclusione, è bene avere una dieta ricca di fibre, associare un'adeguata attività fisica e assumere liquidi in quantità appropriata.

### Rieducazione vescicale

E' una tecnica utile per modificare il comportamento vescicale consigliando uno schema orario delle minzioni, cioè si cercherà di aumentare il tempo tra due minzioni successive abituando la vescica a tenere di più. Si utilizza solo in alcuni casi ed in genere nelle

incontinenze da urgenza.

### Farmaci

Alcuni tipi di incontinenza possono giovare di una terapia medica. Esistono, infatti, farmaci che sono in grado di controllare o eliminare le capricciose contrazioni della vescica, responsabili della perdita di urina da urgenza ed anche qualche volta di migliorare la situazione nell'incontinenza di tipo misto. Si tratta di farmaci chiamati **anticolinergici**. Qualche volta, nelle donne, sono dati in associazione a **estrogeni** locali, somministrati per via vaginale, come creme o ovuli, che migliorano la situazione nelle pazienti che presentano secchezza vaginale o disturbi legati alla mancanza di estrogeni nel periodo della menopausa.

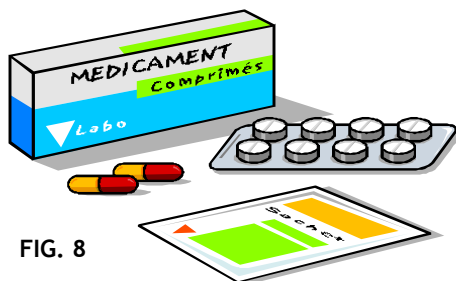


FIG. 8

Come per tutti i farmaci si dovranno soppesare pro e contro, verificando se gli **effetti** positivi prevalgono su quelli **collaterali**: secchezza della bocca, riduzione della secrezione lacrimale, talora stitichezza, che si possono presentare con l'uso dei farmaci anticolinergici. Esiste anche un farmaco specifico per l'incontinenza da sforzo che si chiama **Duloxetina**, che qualche volta può essere utile in associazione alle terapie riabilitative.

## Riabilitazione

Gli esercizi di riabilitazione del pavimento pelvico dovrebbero essere sempre il primo tentativo per risolvere il problema dell'incontinenza da sforzo lieve e moderata: servono a restituire tonicità ai muscoli del perineo. Gli esercizi sono condotti inizialmente con l'aiuto del fisioterapista e possono essere poi continuati dalla paziente a domicilio (Fig. 9) Talora, agli esercizi viene aggiunta la terapia con elettrostimolatori, che tramite sonde vaginali emettono impulsi elettrici che fanno contrarre la muscolatura del perineo. L'utilizzo degli elettrostimolatori aiuta soprattutto le pazienti che non riescono ad utilizzare per niente questa muscolatura e nei casi in cui si associ all'incontinenza da sforzo anche quella da urgenza. Per l'apprendimento di tale tecniche può essere utile anche l'uso del biofeedback, tecnica specifica associata all'elettrostimolatore che viene insegnata dal terapeuta nel corso delle sedute e che consente di controllare mediante segnali visivi o uditivi l'attività della muscolatura. La riabilitazione è efficace se il disturbo è di grado lieve o moderato e soprattutto se la paziente s'impegna con costanza nell'allenamento.



FIG. 9  
Esercizi di Kegel

## Chirurgia

Spesso è necessaria nei casi più importanti di incontinenza da sforzo, quando sia contemporaneamente presente un prolasso genitale e quando altre cure hanno fallito. Si distinguono fondamentalmente due tipi di chirurgia, quella endoscopica e quella tradizionale con indicazioni e risultati diversi.

**Chirurgia endoscopica** E' in assoluto la terapia chirurgica più semplice ma le **probabilità di successo sono inferiori a quella tradizionale**. E' una terapia indicata nelle pazienti che non vogliono sottoporsi alla chirurgia tradizionale, ma anche in alcuni casi in cui questa abbia fallito. Viene utilizzata anche nel sesso maschile.

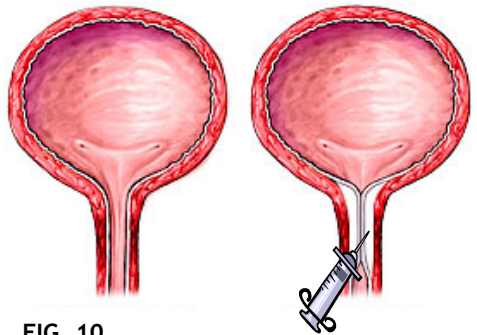


FIG. 10  
Terapia di bulking uretrale

La tecnica consiste nell'iniettare nel punto di congiunzione tra la vescica e l'uretra (chiamata collo vescicale), o lungo l'uretra stessa, delle sostanze in grado di ingrossarne le pareti, aumentandone lo spessore e quindi le resistenze e creando una specie di restringimento dell'uretra così da impedire o ridurre le perdite di urina (Fig. 10). E' un intervento semplice, spesso ambulatoriale, fatto in anestesia locale e facilmente ripetibile.



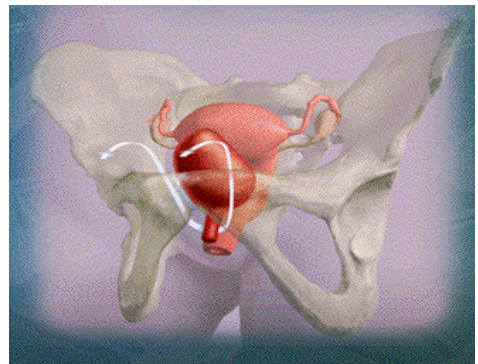
Il tasso di successo è molto variabile e dipende dal tipo e dalla gravità dell'incontinenza, dalla situazione anatomica della paziente e dal diverso grado di riassorbimento delle sostanze utilizzate. Guarigioni complete sono in genere inferiori al 50% dei casi ed i problemi tendono a ripresentarsi a distanza di qualche anno.

**Presso la nostra divisione** utilizziamo, soprattutto nell'incontinenza maschile post-chirurgica **l'inserzione di palloncini gonfiabili di silicone** per comprimere l'uretra e impedire così la fuoriuscita indesiderata di urina durante lo sforzo. Questa tecnica chiamata **ACT** (Adjustable Continence Therapy) ha la possibilità di aggiustamenti successivi all'intervento, per regolare il livello di compressione dell'uretra senza ostacolare la minzione. E' una tecnica rapida che richiede un minimo di sedazione e i risultati sono superiori alla tecnica endoscopica classica.

**Chirurgia tradizionale** Esistono molti tipi d'intervento, la maggior parte dei quali hanno lo scopo di sostenere la vescica e l'uretra, rinforzando le fasce e i legamenti che hanno ceduto o ricollocando nella giusta posizione gli organi con l'ausilio di punti o reti. L'efficacia della chirurgia è elevata; è però necessario un ricovero di alcuni giorni, un'anestesia e una convalescenza più lunga. E' inoltre da tenere in considerazione il rischio di alcune complicazioni post-operatorie. La chirurgia tradizionale può essere eseguita con diversi approcci: addominale, laparoscopico o vaginale. La via addominale prevede un'incisione chirurgica sull'addome e attualmente

viene eseguita solo quando l'incontinenza è associata ad un prolasso che richieda la correzione chirurgica di ambedue le situazioni. La tecnica laparoscopica, che consiste nell'utilizzo di sonde particolari che vengono inserite attraverso 3 o 4 fori sull'addome per vedere ed operare gli organi interni viene anch'essa eseguita quando sia necessaria la correzione dell'incontinenza e di un prolasso associato. **Oggi le tecniche più utilizzate per la correzione dell'incontinenza sono per via vaginale** e comprendono spesso l'utilizzo di fonde o reti di materiale biocompatibile, come quelle utilizzate per correggere le ernie.

***Benderelle sottouretrali*** (sling). E' oggi **l'intervento chirurgico più usato** e utilizza strisce di tessuto naturale ma più frequentemente artificiale, per "sostenere" l'uretra nei momenti di bisogno (tosse, sforzo, starnuto, etc.). **Garantisce un successo in più dell'85% dei casi**, quando l'incontinenza da sforzo è dovuta a un'uretra prolassata ed il muscolo dell'uretra non sia molto danneggiato.



**FIG. 11** *TVT (Tension-free Vaginal Tape)*

Fondamentalmente le fionde possono essere poste in due modi: o per via retropubica o per via transotturatoria. La rete applicata per via retropubica viene chiamata TVT (da Tension-free Vaginal Tape, cioè nastro vaginale senza tensione). Il nastro viene applicato sotto l'uretra attraverso un'incisione vaginale e due piccoli fori sulla pelle sopra il pube (Fig. 11). L'intervento si esegue solitamente in anestesia locale o loco-regionale, dura circa 20-30 minuti ed è in genere seguito da un ricovero ospedaliero di 24-48 ore. Solitamente si applica un catetere urinario.

La fionda può essere inserita anche per una via trans-otturatoria e da qui il nome TOT (da Trans Obturator Tape, cioè nastro posizionato attraverso i forami otturatori) (Fig. 12). La tecnica è molto simile ed i risultati anche. Il decorso post-operatorio è assolutamente lo stesso. In linea generale è bene ricordare, per entrambe le tecniche, che è opportuno, per ottenere il massimo dei risultati, fare una buona convalescenza, astenendosi dalle attività sportive, da tutte le attività che prevedono sforzi e dai rapporti sessuali per un periodo di almeno 30-40 giorni dall'intervento. Da tenere sempre presente è che quando si

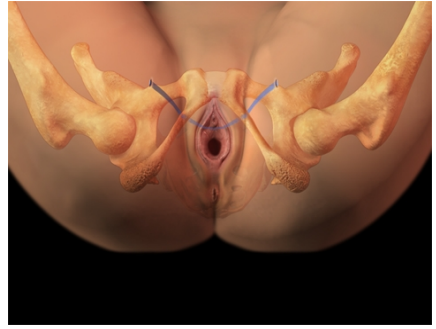


FIG. 12 *Trans Obturator Tape*

utilizzano materiali sintetici le possibilità d'infezione o di rigetto sono possibili. Le infezioni sono in genere tenute sotto controllo da una terapia antibiotica adeguata sia prima sia dopo l'intervento. Il rigetto è invece imprevedibile anche se poco frequente con i nuovi materiali utilizzati.

**Reti** Alcuni interventi prevedono l'utilizzazione di vere e proprie reti sintetiche, di dimensioni variabili, applicate per via vaginale che correggono sia l'incontinenza urinaria che il prollasso degli organi genitali. Anche in questo caso la tecnica cambia in base al tipo di prollasso.

**Sfintere artificiale** E' una soluzione chirurgica estrema costituita da un

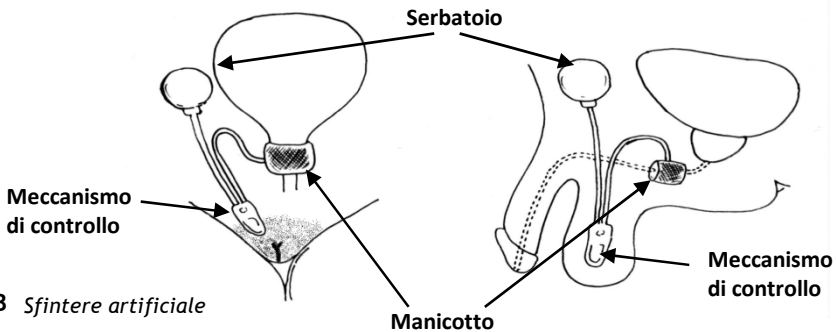


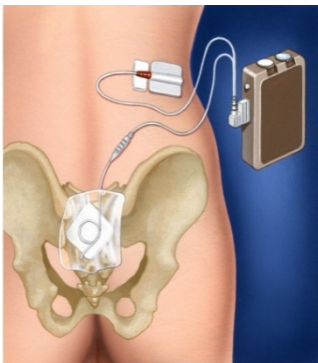
FIG. 13 *Sfintere artificiale*



complesso dispositivo applicabile a pazienti già sottoposti senza successo ad altri interventi, spesso con incontinenza urinaria molto grave per un'incapacità dei tessuti della parete uretrale e dei muscoli posti intorno all'uretra a mantenere una pur minima funzione di tenuta. E' una tecnica utilizzata sia nel sesso maschile sia in quello femminile. L'impianto di uno sfintere artificiale è abbastanza complesso e presenta il rischio di un certo numero di complicazioni.

### Neuromodulazione

E' possibile stimolare, con correnti elettriche di bassa intensità, i nervi coinvolti nel controllo della vescica, dell'uretra e dei muscoli del pavimento pelvico, ottenendo benefici specie in caso d'incontinenza da urgenza che non risponde a nessuna terapia medica o riabilitativa. Si tratta di una specie di pace-maker che viene applicato sotto la pelle con un intervento chirurgico e può funzionare in modo continuo e automatico per alcuni anni (Fig. 14). E' una **terapia che può essere eseguita solo in alcuni centri ultraspecialistici urologici, quale il nostro, dopo un'accurata selezione dei pazienti.**



**FIG. 14**  
*Neuromodulazione sacrale*

### Iniezioni di tossina botulinica

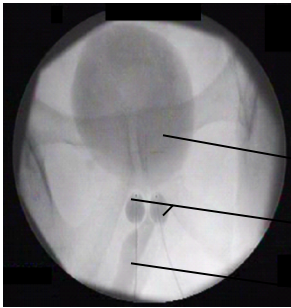
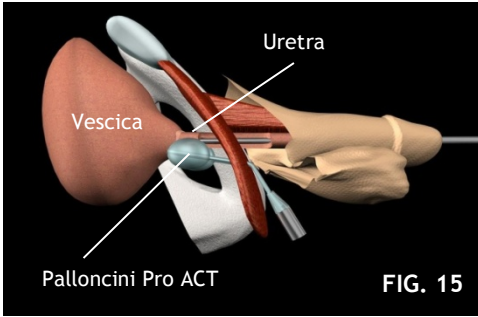
Recentemente è possibile trattare alcune forme di incontinenza, in particolare quelle da urgenza, mediante iniezioni endovesicali con tossina botulinica. In pratica, per via endoscopica si arriva in vescica attraverso l'uretra e, tramite un ago particolare, vengono fatte tante piccole iniezioni nella parete della vescica. In questo modo il nostro farmaco, cioè la tossina botulinica, viene distribuita su tutta la parete. Essa ha lo scopo di diminuire la contrattilità e la sensibilità della vescica. Anche questa terapia viene eseguita solo in alcuni centri specialistici e dopo il fallimento di tutte le altre terapie, mediche e/o riabilitative.

### Terapia chirurgica dell'incontinenza urinaria maschile

L'incontinenza urinaria nel maschio è spesso legata ad interventi chirurgici sulla prostata (principalmente prostatectomia radicale per carcinoma prostatico) o secondaria a patologie neurologiche (es. Parkinson) o ostruzioni cervico-prostatiche. Il trattamento dipende dalla causa dell'incontinenza e dalla sua entità. I principali rimedi per l'incontinenza da sforzo post-chirurgica sono:

**Terapia Endoscopica** E' simile a quella già descritta nella donna, in cui una particolare sostanza viene iniettata nell'uretra, subito al di sotto della vescica.

**Pro-ACT** E' l'equivalente nel maschio della tecnica femminile, chiamata ACT (Adjustable Continence Therapy: Terapia Aggiustabile della Continenza).

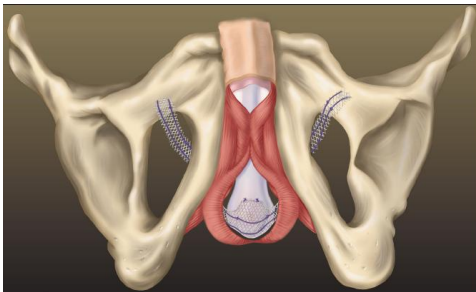


**FIG. 16**  
Visione radiologica

Vescica  
Palloncini  
Uretra

Consiste nell’inserire due palloncini gonfiabili e regolabili (nel senso che è possibile gonfiarli o sgonfiarli anche dopo diverso tempo dal loro posizionamento) vicino all’uretra in modo da ottenere una compressione esterna (Fig 15-16).

**Sfintere artificiale** E’ la stessa tecnica già descritta.



**FIG. 16** Benderella sottouretrale

**Benderelle sottouretrali** Di recente introduzione sono poi delle tecniche che prevedono l’applicazione di un nastro in materiale sintetico, così come nelle tecniche TVT- TOT della donna, che va a supportare l’uretra e quindi a favorire la continenza delle urine.

## ITER DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO nella nostra struttura

1. Prenotazione di visita urologica presso il CUP con impegnativa del medico curante.
2. Visita urologica presso l’ambulatorio di Urologia (Poliambulatori, stanza n° 16). Il paziente è invitato a portare con se tutta la documentazione.
3. Se l’urologo lo ritiene necessario richiede esami di approfondimento (es. ecografia, prove urodinamiche, ecc)
4. Per i successivi controlli il paziente verrà indirizzato nell’Ambulatorio di Urologia Funzionale dove verrà seguito nel tempo e eventualmente prenotato per l’intervento.

## INFORMAZIONI UTILI

### Ambulatorio di Urologia generale

*Ubicazione:* Poliambulatori, stanza n° 16

*Giorni e orari di attività:*

dal lunedì al venerdì, ore 8.30-11.30

*Prenotazioni:*

☎ 800.227717 Lun-Ven ore 9.00-17.00

Oppure direttamente agli sportelli CUP

N.B. Per la prenotazione è necessario essere in possesso dell’impegnativa del medico curante.

## Ambulatorio di Urologia Funzionale

Dedicato alla gestione del paziente affetto da incontinenza urinaria e vescica neurologica. In questo spazio si eseguono i controlli dei pazienti sottoposti ad interventi per incontinenza e vescica neurologica.

*Ubicazione:* Day Hospital, Pad. B, IV piano

*Giorni e orari di attività:*

Mercoledì ore 14.00-16.00

*Prenotazioni:*

☎ 0321 373.3649 Lun-Ven ore 14.00-15.00 oppure recandosi in Day Hospital, Lun-ven ore 14.00-15.00

## Uroflussimetria

Esame che consiste nella misurazione del flusso minzionale. Si esegue effettuando la minzione in un particolare imbuto collegato ad un apposito strumento elettronico che misura diversi dati riguardanti il flusso urinario.

*Ubicazione:* Day Hospital, Pad. B, IV piano

*Giorni e orari di attività:*

Tutte le mattine Lun-Ven

*Prenotazioni:*

☎ 0321 373.3649 Lun-Ven ore 14.00-15.00 oppure recandosi in Day Hospital, Lun-Ven ore 14.00-15.00

NB: è necessario presentarsi a vescica piena.

## Esame urodinamico

Esame che consente di valutare il funzionamento globale della vescica, sia dal punto di vista motorio che sensitivo, e di rilevare, tra l' altro, la presenza di una ostruzione minzionale. Si esegue riempiendo la vescica tramite un sottile catetere e rilevando mediante un'apposita apparecchiatura elettronica le pressioni vescicali e addominali, oltre a numerosi altri

parametri.

*Ubicazione:* Day Hospital, Pad. B, IV piano

*Giorni e orari di attività:*

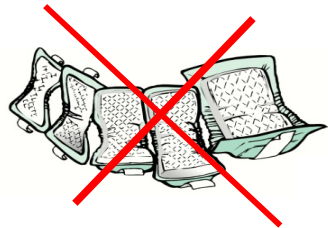
Secondo disponibilità

*Prenotazioni:*

☎ 0321 373.3649 Lun-Ven ore 14.00-15.00 oppure recandosi in Day Hospital, Lun-Ven ore 14.00-15.00

Le possibilità di cura sono numerose e molto diverse. Lo specialista troverà la soluzione più adatta al tuo caso, t'informerà sulle complicità, sulle diverse possibilità terapeutiche, sulla percentuale di risoluzione completa o sui miglioramenti possibili che potranno essere diversi in ogni paziente. La nostra Divisione ha ottenuto dalla Regione Piemonte la qualifica di centro di I e II livello per la prevenzione, la diagnosi e la cura dell'incontinenza urinaria.

**LA PEGGIOR TERAPIA E' EVITARE IL PROBLEMA E NON FARE NIENTE O RASSEGNAIRSI AI PANNOLONI !!**



Questo opuscolo ha lo scopo di trattare in modo semplice e sintetico l'argomento dell'incontinenza urinaria e non ha quindi la presunzione di affrontare il problema nella sua completezza e nei minimi dettagli. I medici del reparto si rendono disponibili per eventuali approfondimenti e chiarimenti.