

La cordectomia: alla ricerca di un confine tra responsabilità medica e responsabilità legale

Cordectomy for vocal cord carcinoma: medical liability

V. MALLARDI, M. RE

Istituto di Scienze Odontostomatologiche, Cattedra di Clinica Otorinolaringoiatrica, Università degli Studi di Ancona, Ancona, Italy

Parole chiave

Carcinoma cordale • Cordectomia laser CO₂ • Radioterapia • Considerazioni medico- legali

Riassunto

Le attuali offerte di prestazioni mediche, garantite da un lato dalla evoluzione e dall'applicazione tecnologica e dall'altro dall'approfondimento delle conoscenze scientificamente sostenute dalla ragionevole valutazione delle esperienze, hanno ampliato le possibilità terapeutiche che di necessità, ma sempre finalizzate alla massima tutela dell'interesse del paziente, possono prevedere indirizzi e strategie differenti, condizioni queste che, in relazione ai relativi effetti, non solo presuppongono ma anche obbligano ad una attenta scelta del trattamento clinico. Purtroppo all'aumento di protocolli più raffinati ed integrati, corrisponde inevitabilmente un maggior coinvolgimento della responsabilità dei medici coinvolti nei programmi sia sotto il profilo etico e deontologico che sotto quello legale con aspetti, obiezioni e riserve specialistiche che finiscono per ripercuotersi sempre più in contenziosi e problemi dottrinali e giuridici talvolta carichi di difficoltà interpretative. Uno dei casi emblematici che interessa la nostra specialità è rappresentato dal trattamento dei carcinomi laringei glottici classificati in T1a e T1b.

Le attuali offerte di prestazioni mediche, garantite da un lato dalla evoluzione e dall'applicazione tecnologica e dall'altro dall'approfondimento delle conoscenze scientificamente sostenute dalla ragionevole valutazione delle esperienze, hanno ampliato le possibilità terapeutiche che di necessità, ma sempre finalizzate alla massima tutela dell'interesse del paziente, possono prevedere indirizzi e strategie differenti, condizioni queste che, in relazione ai relativi effetti, non solo presuppongono ma anche obbligano ad una attenta scelta del trattamento clinico. Purtroppo all'aumento di protocolli più raffinati ed integrati, corrisponde inevitabilmente un maggior coinvolgimento della responsabilità dei medici coinvolti nei programmi sia sotto il profilo etico e deontologico che sotto quello legale con aspetti, obiezioni e riserve specialistiche che finiscono per ripercuotersi sempre più in contenziosi e problemi dottrinali e giuridici talvolta carichi di difficoltà interpretative. Uno dei casi emblematici che interessa la nostra specialità è rappresentato dal trattamento dei carcinomi laringei glottici classificati in T1a e T1b. Come è noto per i T1a sono proponibili 2 indirizzi chirurgici quali la cordectomia in tirotomia mediana ampiamente superata dalla cordectomia con Laser CO₂ per via endoscopica, ma non può essere assolutamente dimenticata

la favorevole opzione rappresentata dalla radioterapia "primaria". Anche per i tumori T1b, oltre agli interventi elencati, viene applicata la radioterapia "primaria". I dati della letteratura¹⁻¹⁵ consentono di affermare che per le neoplasie in questione i risultati ottenibili, qualunque sia la strategia terapeutica prescelta sono del tutto sovrapponibili. A seconda delle numerose casistiche, talvolta disomogenee, gli indici di sopravvivenza tendono ad oscillare dall'85% al 100%. La radioterapia, a fronte di risultati funzionali senz'altro migliori rispetto alla cordectomia, necessita di una rigorosa selezione pre-trattamento trovando, secondo alcuni Autori Otorinolaringoiatri, indicazione limitata nelle forme esofitiche ad esordio sul margine libero della corda vocale. Gli svantaggi della radioterapia, segnalati dagli Otorinolaringoiatri, sono il tempo di malattia più lungo (circa 1-2 mesi), il rischio di induzione di neoplasie secondarie nei soggetti più giovani, la possibilità di complicanze metatattiche, la necessità di un follow-up più attento e soprattutto il complicato recupero chirurgico funzionale in caso di recidiva. Per completare il quadro non risulta difficile affermare come il fallimento di un trattamento chirurgico funzionale possa prevedere ancora un tentativo radioterapico prima della totalizzazione, mentre l'insuccesso radioterapico trova un

difficile controllo con un raddrappage chirurgico di tipo conservativo.

Nella relazione S.I.O. 1993 si afferma: “l’impiego della cordecctomia è stato negli ultimi anni ridimensionato nonostante le sue ottime capacità di conferire una guarigione oncologica (sopravvivenza a 5 anni tra l’84% ed il 98%); le nuove tecniche endoscopiche o l’impiego della radioterapia paiono infatti conseguire rispettivamente un minor impegno chirurgico o una migliore funzionalità vocale”. Per il trattamento primario il radioterapista elenca questi vantaggi nei tumori glottici T1N0: una migliore accettazione del trattamento da parte del paziente, l’eliminazione del rischio operatorio, il rispetto dell’organo e della funzione fonatoria, la possibilità della chirurgia di salvataggio. Mentre gli svantaggi sono rappresentati dal rischio di complicanze della radioterapia, dal rischio di induzione di secondo tumore e dal carattere demolitivo della chirurgia di salvataggio. Va detto che la maggior parte dei radioterapisti sostengono con estrema onestà l’acquisizione di nuove tecniche chirurgiche in grado di consentire al pari della radioterapia il rispetto di una buona funzione fonatoria.

Dagli Atti del Convegno “Attualità in tema di carcinoma laringeo”(Di Girolamo, 1989) si evince che su una casistica di 10.989 casi di tumore della glottide al 1° stadio, con la radioterapia, si registrava una sopravvivenza a 5 anni pari all’85% (max 96%, min. 72%). Si potrà obiettare sull’anzianità di questi dati, ma ragionevolmente il tempo trascorso deve essere visto come elemento positivo soprattutto alla luce di due ragionevoli considerazioni: l’una rappresentata dalla incontrovertibile penalizzazione dovuta all’orientamento della struttura specialistica di partenza che allora inviava al radioterapista solo soggetti di età avanzata e quelli in condizioni generali che sconsigliavano strategie chirurgiche, l’altra relativa all’affinamento sia della diagnosi (precocità) che dei protocolli e delle tecniche radioterapiche.

Secondo l’articolo 32 della costituzione è lo stato che ha il dovere di garantire la salvaguardia della salute del cittadino, ma è il cittadino che ha il diritto di avvalersi di tutti i mezzi messi a disposizione dalla scienza e dalla tecnica. Una recente sentenza della Corte di Cassazione (n. 364 del 15 gennaio 1997) ha con chiarezza ulteriormente ribadito che il chirurgo deve sempre informare il paziente non solo dei prevedibili benefici legati all’intervento, ma anche di tutti quei possibili rischi che a questo sono intimamente connessi. Qualunque azione condotta ed espletata a fini terapeutici in assenza del valido consenso, anche se programmata e realizzata al solo scopo del pieno interesse del paziente, diviene illegittima anche se il risultato venga ampiamente conseguito e non risultassero lesioni o menomazioni da ascrivere al comportamento del medico. È il diritto all’autode-

terminazione che viene sostanzialmente riconosciuto al soggetto, che ovviamente deve essere informato e consapevole. È sufficiente pensare allo stato d’animo di un paziente che dopo aver subito una cordecctomia viene a conoscenza dell’opzione radioterapica. L’assistito, e ogni medico dovrebbe saperlo, è entità di diritto non solo dal punto di vista giuridico, ma anche e soprattutto dal punto di vista morale in quanto persona.

La Suprema Corte è sempre più categorica nel ritenere essenziale un *consenso* del paziente sottoscritto con “*perfetta conoscenza di tutto quello che l’intervento potrà procurare anche in relazione a tecniche operative alternative oppure altre strategie terapeutiche egualmente utilizzabili*”. In concomitanza con l’affermarsi del *consenso informato*, che preferiamo indicare con l’espressione “*informazione per il consenso*”, si è assistito al consolidamento di un orientamento giurisprudenziale che tende sempre più a salvaguardare in modo crescente il diritto dell’individuo alle “*scelte*” che riguardano la propria salute. Si va così sempre più delineando la tendenza secondo cui la mancanza o soprattutto il difetto del consenso legato ad una incompleta informazione sia tale da modificare addirittura la definizione del reato in danno alla persona, quanto meno in termini di elemento psicologico del reato, da colposo in doloso.

Una volta riscosso, dopo adeguata e completa informazione, il consenso (il nostro codice è particolarmente severo e prescrive di non intraprendere attività diagnostiche e terapeutiche senza il consenso del paziente validamente informato), l’azione sanitaria, dunque, deve rispondere alle seguenti prerogative, che costituiscono la visione positiva della responsabilità professionale: essere nelle condizioni di valutare correttamente il rapporto e le correlazioni tra le varie strategie terapeutiche ed i rischi collegati alle loro specifiche caratteristiche; mettere in opera la metodologia più collaudata, quella relativamente più sicura nonché quella meno dannosa; essere eseguita e diretta da un medico o una formazione di medici la cui cultura, l’esperienza specialistica e, soprattutto, l’autovalutazione sia di livello adeguato, congruo e proporzionale ai fini perseguiti e perseguibili. Nel momento in cui su un particolare indirizzo le condizioni della scienza medica tendono a dividersi, le problematiche dello specialista si complicano in quanto vengono a prospettarsi, in base ai differenti orientamenti, diverse occasioni di responsabilità. In simili situazioni, come per il trattamento del cancro cordale, la conseguenza di una informazione relativamente incompleta finisce per essere considerata scorretta e configurare una grave responsabilità che penalmente può rientrare nella negligenza, imprudenza ed imperizia e civilmente sia nell’adempimento professionale che nel danneggiamento. Il più importante presupposto e sostegno legale dunque, risul-

ta essere dato dalla tipologia, dal contenuto e dalla modalità di prelievo e di somministrazione delle informazioni. Questa procedura rientra inevitabilmente nell'ampio concetto della diligenza la cui inosservanza prescritta dall'Art. 1176 Cod. Civ. ("... *Nell'adempimento delle obbligazioni inerenti all'esercizio di un'attività professionale, la diligenza deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività esercitata*") conduce direttamente al criterio dell'inadempimento. Nel capoverso di questo articolo si precisa dettagliatamente "la diligenza nell'adempimento" e non la diligenza dell'adempimento, intendendo precisare con l'espressione "nel" tutti i passaggi ed ogni fase della prestazione clinica. Ne consegue secondo questa stretta interpretazione, che l'impegno di opera professionale per i suoi connotati tende, fin dalle fasi introduttive (informazione e responsabilità precontrattuale), ad assumere la natura della contrattualità potendone derivare, in caso di mancato assolvimento una conseguente e susseguente responsabilità contrattuale. In rapporto alla posizione della responsabilità, l'informazione stessa rappresenta l'unico, indispensabile ed irrinunciabile elemento per rendere a tutti gli effetti valido il necessario consenso e di conseguenza propone non solo l'avvio, quanto il consolidamento, inteso nella sua totalità, del rapporto professionale ed operativo. Questa precisazione offre una ulteriore occasione di riportare il discorso sull'informazione e risulta più che opportuna per ribadire che, non solo per il carcinoma glottico, le notizie devono essere raccolte in modo completo, con disponibilità, attenzione, prudenza e sintonia, e dovranno successivamente essere date "su misura", dopo opportuna e franca rielaborazione, con la ragionevole valutazione di tutti gli elementi, sia positivi che negativi, in gioco, mettendo in evidenza le probabili e prevedibili conseguenze allo scopo di favorire una adeguata meditazione e ponderazione delle relazioni rischi/costi/ benefici e delle loro comparazioni. "L'informazione per il consenso" deve riguardare sia i mezzi, le modalità strategiche e le tecniche applicative e di esecuzione che si presuppongono sperimentate ed efficaci in quanto sicuramente apprese in mo-

do adeguato ed eseguibile in maniera ineccepibile con piena garanzia professionale, ma soprattutto deve essere rivolta alla notifica delle complesse ed eventuali situazioni da connettere e correlare con i probabili rischi rapportati alla prevedibilità degli eventi e bilanciati con la prevedibilità delle possibili complicazioni e dei possibili insuccessi che possono tradursi o meno in effetti peggiorativi dello stadio anteriore e talvolta configurare un danno iatrogeno.

Di indiscutibile utilità, soprattutto nell'orientamento del trattamento del carcinoma laringeo glottico "a corda mobile" risulta quanto asserito da Luigi Concas (Relazione S.I.O. 1987 a cura di G. Motta): "In mancanza di regole generalmente approvate il medico è libero di scegliere il trattamento che secondo le sue convinzioni gli appaia il più idoneo a tutelare la salute del paziente. Tuttavia la sua libertà non è senza limiti perché se rispetto al trattamento prescelto ve ne fosse un altro affatto preferibile, non potrebbe dubitarsi l'esistenza dell'errore; la libertà di iniziativa del medico, pertanto, è circoscritta da un limite generale. Esso discende da quel principio del confronto in virtù del quale il medico non deve mai prescegliere un trattamento rispetto al quale ve ne sia un altro che nel caso concreto appaia preferibile sotto ogni altro aspetto: altrimenti egli commette un errore professionale". A tal proposito è sufficiente richiamare l'Art. 583 del Codice Penale che prevede come aggravante, una volta riconosciuto il reato di lesioni personali gravi "... *L'indebolimento permanente di un senso o di un organo*" e di lesioni personali gravissime "... *La perdita dell'uso di un organo ... ovvero una permanente grave difficoltà delle favella ...*".

Se un trattamento è decisamente migliore per probabilità di guarigione, esclusi i casi di non utilizzabilità o di applicabilità, esso deve rappresentare l'indirizzo di prima scelta. Al contrario se più orientamenti terapeutici tendono a garantire il conseguimento di risultati analoghi la scelta verrà determinata dalla valutazione dell'esito funzionale e quindi dalla qualità della vita.

Bibliografia

- ¹ Vermund H. *Role of radiotherapy in cancer of the larynx as related to TNM system of staging*. Cancer 1970;5:485-8.
- ² Mills ED. *Early glottic carcinoma: factors affecting radiation failure, results of treatment and sequelae*. Int J Radiat Oncol Biol Phys 1979;5:811-7.
- ³ Hintz BL, Kagan AR, Wollin M. *Local control of T1 vocal cord cancer with radiation therapy: the importance of tumor character vs treatment parameters*. Head Neck Surg 1983;5:204-10.

- ⁴ Van Den Bogaert W, Ostyn F. *The primary treatment of advanced vocal cord cancer: laryngectomy or radiotherapy?* Int J Radiat Oncol Biol Phys 1983;9:183-6.
- ⁵ Korcok M. *Irradiation for early vocal cord cancer saves life and voice*. JAMA 1983;249:1241.
- ⁶ Bocca E, Cova PL, Falco A. *Criteri di scelta della terapia nel cancro della corda vocale T1*. Otorinolaringologia 1984;34:1-6.
- ⁷ Lippi I, Del Maso M, Cellai E, Olmi P. *Early glottic cancer: surgery or radiation therapy?* Tumori 1984;70:193-201.
- ⁸ Brady LW, Marcoe AM, Fisher S. *Cancer cure with organ*

- preservation using Radiation Therapy. *Radiology* 1986;160:1-7.
- 9 Wang CC. Radiation therapy of laryngeal tumors. In: *Comprehensive management of head and neck tumors*. Philadelphia: W.B. Saunders Company Ed. 1987:906-19.
 - 10 Gilbert RW, Birt D, Shulman H, Freeman J, Jenkin D, Mackenzie R, et al. Correlation of tumor volume with local control in laryngeal carcinoma treated by radiotherapy. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1987;96:514-8.
 - 11 Neri S, Belli A, Caliceti U, Emiliani E, Frezza G, Palazzi Trivelli A, et al. La radioterapia del carcinoma della glottide in fase iniziale. *Radiol Med* 1987;67:338-40.
 - 12 Rosignoli M, Paludetti G, Ottaviani F, Fieri F, Serafini G, Todisco T. Rilievi clinico-statistici sul cancro della laringe. *Otorinolaringologia* 1987;37:25-31.
 - 13 Pisani P, Invernizzi A, Pastore G, Maffei S. Chirurgia e radioterapia nel trattamento dei carcinomi cordali T1. *Otorinolaringologia* 1987;37:465-70.
 - 14 Morgan DA, Robinson HF, Marsh L, Bradley PJ. Vocal quality 10 years after radiotherapy for early glottic cancer. *Clin Radiol* 1988;39:295-6.
 - 15 Nicolai P, Boverini M, Bonfilio F, Bonetti B, Moretti R, Magno L, et al. Le neoplasie T1a glottiche: esperienze di chirurgia e radioterapia. *Acta Otorhinol Ital* 1988;8:581-90.
 - 16 Magno L, Bertoni F, Bignardi M, Bonetti B, La Face B. La radioterapia per il carcinoma laringeo glottico. In: Serafini I. *Il carcinoma glottico e sottoglottico*. Padova: Ed. Piccin 1988:247-59.
 - 17 Mendenhall WM, Parsons JT, Stringer SP, Cassisi NJ, Million RR. T1-T2 vocal cord carcinoma: a basis for comparing the results of radiotherapy and surgery. *Head Neck Surg* 1988;10:373-7.
 - 18 Di Girolamo A. *Attualità in tema di carcinoma laringeo*. Roma: Litopomel Ed. 1989.
 - 19 Cosentino D, Cazzanica F, Caroggio A, Magno L, Molinari R. Confronto tra radioterapia transcutanea e cordectomia nel trattamento del carcinoma glottico. *Acta Otorhinol Ital* 1989;9:605-17.
 - 20 Antonelli AR, Bonetti B, Boverini M, La Face B, Lazzago F, Nicolai P, et al. T1 e T2 della glottide: confronto dei risultati di chirurgia e radioterapia. In: Serafini I. *Il carcinoma glottico e sottoglottico*. Padova: Ed. Piccin 1989:267-9.
 - 21 Zablow AI, Erba PS, Sanfillippo LJ. Radiotherapy T1 glottic carcinoma. *N J Med* 1989;86:879-82.
 - 22 Loasses A, Grapulin L, Osti MF. Radioterapia nel cancro del laringe. In: Di Girolamo A. *Attualità in tema di carcinoma laringeo*. Roma: Ed. A Di Girolamo 1989:187-201.
 - 23 De Campora E, Radici M, Pianelli C. Programmazione terapeutica nei carcinomi del piano glottico. *Atti della V giornata di Medicina Moderna*. Roma, 23-24 Novembre 1990, p. 15-40.
 - 24 Macled PM, Daniel F. The role of radiotherapy in carcinoma in situ of the larynx. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1990;18:113-7.
 - 25 Alaimo E, Antonelli A, Cortesina G, De Campora E, Motta G, Pallestrini E, et al. Il carcinoma della laringe. *Acta Otorhinol Ital* 1991;33(Suppl.33):7-134.
 - 26 Terhaard CHJ, Snippe K, Ravasz LA, van der Tweel G, Hordijk GJ. Radiotherapy in T1 laryngeal cancer: prognostic factors or locoregional control and survival, uni- and multivariate analysis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1991;21:1179-86.
 - 27 Rucci C, Gallo O, Fini-Storchi O. Glottic cancer involving anterior commissure: surgery vs radiotherapy. *Head Neck* 1991;13:403-10.
 - 28 Ton-Van J. Comparison of surgery and radiotherapy in T1 and T2 glottic carcinomas. *Am J Surg* 1991;162:337-40.
 - 29 Motta G. L'impegno del laser CO₂ nella chirurgia conservativa dei tumori glottici. *Acta Otorhinol Ital* 1991;11:25-34.
 - 30 Hoyt DJ, Lettinga JW, Leopold KA, Fisher SR. The effect of head and neck radiation therapy on voice quality. *Laryngoscope* 1992;102:77-480.
 - 31 Foote RL, Olsen KD, Kunselman SJ, Schaid DJ, Buskirk SJ, Grado GL, et al. Early-stage squamous cell carcinoma of the glottic larynx managed with radiation therapy. *Mayo Clin Proc* 1992;67:629-36.
 - 32 De Vincentiis M. Chirurgia funzionale della laringe: stato attuale dell'arte. Relazione Ufficiale LXXX Congresso Nazionale della Società Italiana di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale, Udine, 25-29 Maggio 1993. Pisa: Pacini Editore.
 - 33 Ottaviani A, Sambataro G. La cordectomia sottopericondrale interna, l'emilaringectomia verticale, la glottectomia orizzontale. In: De Vincentiis M. *Chirurgia funzionale della laringe: stato attuale dell'arte*. Rel. Uff. al LXXX Congr. Naz. S.I.O. Pisa: Pacini Ed. 1993:391-402.
 - 34 De Campora E. Indicazioni alla chirurgia del cancro glottico. In: De Vincentiis M. *Chirurgia funzionale della laringe: stato attuale dell'arte*. Rel. Uff. al LXXX Congr. Naz. S.I.O. Pisa: Pacini Ed. 1993:335-56.
 - 35 Cragle SP, Brandenburg JH. Laser cordectomy or radiotherapy: cure rates and cost. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1993;108:648-54.
 - 36 McGuirt WF, Blalock D, Koufman JA, Feehs RS, Hilliard AJ, Greven K, et al. Comparative voice results after laser resection or irradiation of T1 vocal cord carcinoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1994;120:951-5.
 - 37 Mendenhall WM, Parsons JT, Stringer SP, Cassisi NJ. Management of Tis, T1, and T2 squamous cell carcinoma of the glottic larynx. *Am J Otolaryngol* 1994;15:250-7.
 - 38 Morris MR, Canonico D, Blank C. A critical review of radiotherapy in the management of T1 glottic carcinoma. *Am J Otolaryngol* 1994;15:276-80.
 - 39 Nguyen C, Naghibzadeh B, Black MJ, Rochon L, Shenouda G. Carcinoma in situ of the glottic larynx: excision or irradiation? *Head Neck* 1996;18:225-8.
 - 40 McLaughlin MP, Parsons JT, Fein DA, Stringer SP, Cassisi NJ, Mendenhall WM, et al. Salvage surgery after radiotherapy failure in T1-T2 squamous cell carcinoma of the glottic larynx. *Head Neck* 1996;18:229-35.
 - 41 Bonetti B, Pietro Soatti C, Vigna Taglianti R. La radioterapia radicale nei carcinomi laringei glottici T2N0. *Acta Otorhinol Ital* 1996;16:428-32.
 - 42 Keilmann A, Bergler W, Artzt M, Hormann K. Vocal function following laser and conventional surgery of small malignant vocal fold tumours. *J Laryngol Otol* 1996;110:1138-41.
 - 43 Caliceti U, Frezza G, Galuppi A, Guidetti E, Pasquini E,

- Sorrenti G, et al. *Il trattamento radiante nel carcinoma iniziale sopraglottico. Revisione di una casistica di 28 casi.* Acta Otorhinol Ital 1996;16:35-9.
- ⁴⁴ Simpson CB, Postma GN, Stone RE, Ossoff RH. *Speech outcomes after laryngeal cancer management.* Otolaryngol Clin North Am 1997;30:189-205.
- ⁴⁵ Succo G, Bramardi F, Airoidi M, Gabriele P, Riva F, Moletto M, et al. *La qualità della vita post-trattamento nei pazienti affetti da carcinoma laringeo.* Acta Otorhinol Ital 1997;17:32-44.
- ⁴⁶ Maurizi M, Paludetti G, Carriero E, D'Abramo G, Almadori G. *Risultati clinici dopo cordectomia in laringofissura e in microlaringoscopia con laser CO₂.* Acta Otorhinol Ital 1997;17:289-97.
- ⁴⁷ Motta G, Esposito E, Cassiano B, Motta S. *T1-T2-T3, glottic tumors: fifteen years experience with CO₂ laser.* Acta Otolaryngol (Stockh) 1997;527:155-9.
- ⁴⁸ Remacle M, Lawson G, Jamart J, Minet, Watelet JB, Delos M. *CO₂ laser in the diagnosis and treatment of early cancer of the vocal folds.* Eur Arch Otolaryngol 1997;254:169-76.
- ⁴⁹ Almadori G, Ottaviani F, D'Alatri L, Carriero E, Modica V, Paludetti G. *Risultati funzionali dopo cordectomia in laringofissura e in microlaringoscopia con laser CO₂.* Acta Otorhinol Ital 1998;18:16-22.
- ⁵⁰ Delsupehe KG, Zink I, Lejaegere M, Bastian RW. *Voice quality after narrow-margin laser cordectomy compared with laryngeal irradiation.* Otolaryngol Head Neck Surg 1999;121:528-33.
- ⁵¹ Roviroso A, Biète A. *Considering quality of voice in early vocal cord carcinoma.* Radiother Oncol 2000;56:271-2.
- ⁵² Bron LP, Soldati D, Zouhair A, Ozsahin M, Brossard E, Monnier P, et al. *Treatment of early stage squamous-cell carcinoma of the glottic larynx: endoscopic surgery or cricohyoidoepiglottopexy versus radiotherapy.* Head Neck 2001;23:823-9.
- ⁵³ Mendenhall WM, Amdur RJ, Morris CG, Hinerman RW. *T1-T2N0 squamous cell carcinoma of the glottic larynx treated with radiation therapy.* J Clin Oncol 2001;19:4029-36.
- ⁵⁴ Motta G, Esposito E, Motta S, Cimmino M, Staibano S, Testa D. *Carcinomi glottici.* In Rel. Uff. 88° Congr. Naz. S.I.O. 2001: *Il laser CO₂ nella chirurgia endoscopica della laringe.* Pisa: Pacini Ed. 2001:127-71.
- ⁵⁵ Stella F. *Le incomprensioni fra scienza giuridica e scienza medico-legale, un pericolo da evitare.* Riv It Med Leg 1979;7:1.
- ⁵⁶ Avecone P, Motta G, Pucci V, Ripa G. *La colpa del Sanitario.* In: Motta G. *La responsabilità legale dell'Otorinolaringoiatra.* Rel. Uff. dl 74° Congr. Naz. S.I.O. Milano: 1987.
- ⁵⁷ Iadecola G. *Il nuovo codice di deontologia medica.* Padova: CEDAM 1996.
- ⁵⁸ Mallardi V, Limarzi M. *Problematiche medico-legali in fonochirurgia.* In: Casolino D, Ricci-Maccarini A, editors. *Fonochirurgia endolaringea.* Quaderni Monografici di aggiornamento AOOI. Pisa: Ed. Pacini 1997:201-5.
- ⁵⁹ Mallardi V. *La patologia iatrogenica in ORL. Aspetti medico-legali.* In: Balli R. *La patologia iatrogenica in ORL.* Torino: Ed. Minerva Medica 1998:386-96.
- ⁶⁰ Barni M. *Diritti, Doveri, Responsabilità del Medico, dalla bioetica al biodiritto.* Milano: Giuffrè Ed. 1999.
- ⁶¹ Mallardi V. *La responsabilità del medico nella prevenzione e nella diagnosi.* In Balli R. *Patologia ORL da turismo e da migrazioni.* Tavola Rotonda 89° Congr. Naz. S.I.O. Acta Otolaryngol Ital 2002;22:347-51.
- ⁶² Cicognani A, Ingravallo F, Landuzzi F, Limarzi M, Mallardi V. *Metodologia medico-legale nella valutazione delle disfonie.* In: Casolino D. *Le disfonie: fisiopatologia clinica ed aspetti medico-legali.* Rel. Uff. al LXXXIX Congr. Naz. S.I.O. 2002:583-90.
- ⁶³ Mallardi V. *La valutazione della disfonia nell'ambito del D.L. 03/02/2000 N. 38 e del D.M. 12/07/2000 (c.d. danno biologico I.N.A.I.L.): inquadramento ed aspetti critici.* In: Casolino D. *Le disfonie: fisiopatologia clinica ed aspetti medico-legali.* Rel. Uff. al LXXXIX Congr. Naz. S.I.O. 2002:653-71.
- ⁶⁴ Casolino D. *Le disfonie: Fisiopatologia clinica ed aspetti medico-legali.* Rel. Uff. al LXXXIX Congr. Naz. S.I.O. 2002, San Benedetto del Tronto. Pisa: Pacini Ed.