

MIHAELA FRUNZĂ

ETHICAL DILEMMAS IN THE CASE OF LIMITED RESOURCE ALLOCATION IN THE CONTEXT OF THE COVID-19 PANDEMIC

Mihaela Frunză

Babes-Bolyai University, Department of Philosophy, Faculty of History and
Philosophy, Cluj, Romania

Email: mihafrunza@gmail.com

Abstract: With the COVID-19 pandemic spreading rapidly around the world, the medical system in many countries is overwhelmed and vital resources such as mechanical ventilators are proving to be insufficient for patients in intensive care units. The article questions how these resources are allocated when they become insufficient and how doctors can be helped to make difficult decisions, following a series of recommendations developed for this type of situation.

Keywords: applied ethics, ethical theories, philosophy, pandemic, COVID-19, resource allocation.

DILEME ETICE ÎN CAZUL ALOCĂRII RESURSELOR LIMITATE ÎN CONTEXTUL PANDEMIEI COVID-19

Rezumat: În condițiile în care pandemia COVID-19 se răspândește în mod accelerat în întreaga lume, în mai multe țări sistemul medical este copleșit iar resurse vitale de tipul ventilatoarelor mecanice se dovedesc a fi insuficiente pentru pacienții internați în secțiile de terapie intensivă. Articolul problematizează cum sunt alocate aceste resurse atunci când ele devin insuficiente și în ce fel pot fi ajutați medicii să ia decizii dificile, urmărind o serie de recomandări elaborate pentru acest tip de situații.

Cuvinte-cheie: etica aplicată, teorii etice, filosofie, pandemie, COVID-19, alocarea resurselor.

*No one here has much to say
We weren't listening anyway
But I got a feeling things are about to get much
worse
Before it gets worse.
Frank Iero and the Patience, „I'll let you down”*

1. Introduction

În ultimele luni, societatea noastră a fost afectată de noua pandemie COVID-19, ceea ce a determinat autoritățile din întreaga lume să adopte măsuri pentru a evita răspândirea virusului și aglomerarea sistemelor de sănătate.

Cu toate acestea, în mai multe țări – cele mai cunoscute cazuri fiind China, Italia, Spania, Franța, Marea Britanie sau Statele Unite ale Americii, existând posibilitatea ca lista acestora să crească, pandemia fiind în desfășurare – sistemele de sănătate au fost copleșite de numărul mare de pacienți necesitând tratament în secțiile de terapie intensivă, astfel că medicii și decidenții din aceste instituții au fost puși în fața unor decizii dilematice, legate de alocarea unor resurse limitate – dar simultan vitale – pentru pacienți. În cele ce urmează, voi încerca să prezint în ce constau aceste dileme, cum se poate răspunde la ele din interiorul tradițiilor etice, ce fel de recomandări etice au fost elaborate și care sunt criticile avansate la adresa lor¹.

2. De ce este specială ventilarea mecanică?

Ventilarea mecanică este o procedură invazivă folosită în cazul pacienților la care plămânii nu mai pot asigura un nivel de oxigen satisfăcător pentru funcționarea normală a organelor acestora. Trebuie specificat că nu toți pacienții care se îmbolnăvesc de noul

coronavirus au nevoie de ventilare mecanică. Cea mai mare parte a celor care se îmbolnăvesc contractează forme ușoare, care nu necesită spitalizare. Totuși, un procent din cei care se îmbolnăvesc dezvoltă complicații care fac necesară internarea în secțiile de terapie intensivă și, în cazul pacienților care întâmpină dificultăți majore în menținerea funcției pulmonare, conectarea lor la un ventilator mecanic. Durata medie pe care o petrece un pacient cu COVID-19 care necesită ventilare mecanică este lungă, față de durata petrecută de pacienții cu alte afecțiuni, ceea ce accentuează caracterul limitat al acestei resurse.

Un alt lucru care trebuie menționat este că părerile medicilor sunt împărțite privind momentul cel mai indicat pentru inițierea ventilării mecanice, date fiind datele despre maladie, care se schimbă odată ce sunt împărtășite observații despre un număr tot mai mare de pacienți. Inițial, medicii au tins să recomande ventilarea mecanică la fel ca în cazul altor tipuri de pneumonie, respectiv la primele semne de detresă respiratorie a pacienților. Mai multe studii publicate despre acești pacienți a dus la constatarea că rata mortalității este alarmantă în grupul de pacienți ventilați mecanic, ceea ce i-a determinat pe medici să recomande amânarea inițierii procedurii cât mai mult posibil².

În fine, procedura ventilării mecanice nu reprezintă propriu-zis un tratament pentru boala COVID-19 (pentru care încă se caută o formulă acceptată de tratament, în paralel cu una de prevenție – respectiv un vaccin). Ea constituie însă o formă de prelungire a vieții pacientului, pentru ca sistemul imunitar al acestuia să aibă o șansă în plus să lupte cu boala, respectiv ca diversele remedii testate de doctori să ajute la recuperarea sa.

Cu aceste precizări, putem explica în ce constă caracterul special al acestei proceduri. În primul rând, este vorba de o intervenție de tip *life support*, care menține pacientul în viață în condițiile imposibilității asigurării pe cale naturală a unui nivel acceptabil de oxigen în corpul acestuia. Un articol explică faptul că „Când respirația pacientului se deteriorează până în punctul în care acesta necesită ventilare mecanică, vorbim de un interval de timp limitat în care acesta poate fi salvat. Iar atunci când ventilatorul este retras de la un pacient care

este dependent de ventilarea mecanică, pacientul va muri în câteva minute”³.

Mai mult, dacă nu ar fi vorba de penuria de resurse provocate de pandemie, când numărul de pacienți depășește numărul de ventilatoare disponibile în secțiile de terapie intensivă (cum a fost cazul în Italia) procedura de conectare la un ventilator este considerată a fi una de rutină, obligatorie. Cât despre deconectarea unui pacient de la ventilator în absența unor motive bine întemeiate (cum ar fi solicitarea expresă a pacientului, sau aprecierea respectivului tratament ca fiind inutil), ea este considerată o conduită inacceptabilă, putând avea consecințe punitive pentru medici: „Decizia de a stopa ventilarea, în timpul unei pandemii, pentru a pune acea resursă la dispoziția altui pacient, nu poate fi justificată în nici unul din cele două moduri: nu este făcută la cererea pacientului sau a aparținătorilor, nici nu se poate susține că ar fi vorba de un tratament inutil. Chiar dacă șansele de supraviețuire sunt mici, în absența pandemiei tratamentul ar fi fost continuat”⁴.

Luarea deciziei fie de a nu iniția ventilarea mecanică, fie de a o întrerupe înainte de recuperarea sau decesul pacientului poate fi asimilată unei forme de crime sau de eutanasiie pasivă. Se poate argumenta că vorbim de eutanasiie pasivă, nu activă, deoarece medicul nu întreprinde o acțiune cu intenție de a pune capăt vieții pacientului, ci suspendă sau nu inițiază o procedură care ar fi menținut pacientul în viață. Oricum, acesta reprezintă unul din motivele pentru care deciziile referitoare la ventilarea mecanică au produs controverse⁵.

Ca o ultimă precizare, există autori care consideră că focalizarea discuțiilor de bioetică pe tema ventilării mecanice riscă să prezinte procedura într-o lumină mai favorabilă decât este cazul, deoarece majoritatea pacienților care ajung să fie ventilați vor deceda oricum, iar cei care vor supraviețui vor suferi numeroase complicații⁶. De aceea, este important să se țină cont de datele care arată că pentru cei mai mulți pacienți ventilarea mecanică poate să nu reprezinte un bun, ci doar o prelungire a suferinței.

3. Exemple de principii de etică medicală ce pot fi invocate în această situație

În condiții normale, când resursele spitalelor nu sunt depășite de un număr prea mare de pacienți, aceștia sunt admiși în secțiile de terapie intensivă potrivit criteriului urgenței: au prioritate cei a căror viață este amenințată. Atunci când resursele nu mai sunt suficiente, principiul urgenței nu mai poate funcționa de unul singur. Ce alte principii pot fi invocate și cum pot fi ele argumentate? Ce tipuri de priorități introduc aceste principii și ce justificare li se poate aduce?

Un principiu invocat, între alții, de medicii germani este cel al succesului anticipat al procedurii: „evaluarea perspectivei succesului tratamentului intervenției intensive”⁷. Aplicarea acestui principiu presupune o evaluare a șanselor de recuperare a pacientului, care pot fi periclitare de existența altor afecțiuni. Prioritatea o dobândesc pacienții cu mai puține probleme de sănătate premergătoare acestei afecțiuni, care au perspective mai bune de recuperare.

O variantă a acestui principiu a fost propusă de medicii francezi, criteriul complet incluzând „pacienții care au cea mai mare șansă de supraviețuire și numărul cel mai mare de ani ce pot fi trăiți după supraviețuire”⁸. În termeni similari, Peter Singer vorbește în textele sale despre necesitatea de a aduce în discuție, pe lângă criteriul numărului de vieți salvate, pe cel al calității vieții și pe cel al bunăstării⁹.

Se poate observa că aceste principii se sprijină pe o viziune etică de tip utilitarist, potrivit căreia la baza deciziilor noastre morale ar trebui să se afle un principiu al maximizării beneficiilor posibile. De altfel, într-un articol ce viza formularea unor recomandări în condițiile alocării unor resurse limitate în timp de pandemie, medicii americani invocă la rândul lor „valoarea maximizării beneficiilor”, observând că ea este „consistentă atât cu principiile eticii utilitariste care scot în evidență rezultatele pentru întreaga populație, cât și cu perspectivele non-utilitariste care accentuează asupra valorii cruciale a fiecărei vieți omenești”¹⁰.

Această viziune are sens pentru filosofii utilitariști deoarece ea articulează ceea ce Thomas Beauchamp și James Childress considerau a fi un punct tare al utilitarismului: acela de a alege conduita care maximizează bunăstarea majorității, ceea ce îl face potrivit pentru politicile publice¹¹.

După cum observă Dominic Wilkinson: „În practică, asta va însemna prioritizarea îngrijirilor intensive pentru pacienții cu cele mai mari șanse de supraviețuire... și pentru pacienții care ar avea o durată mai scurtă de ședere la terapie intensivă”¹². După cum au observat cei mai mulți comentatori, acest principiu prioritizează *de facto* persoanele tinere, care suferă de mai puține boli – statistic vorbind – decât persoanele în vârstă, oferindu-le o șansă în plus la primirea unei resurse limitate.

De altfel, medicii italieni au inclus între recomandările elaborate sub presiunea pandemiei o prevedere explicită referitoare la vârstă: „O limitare a vârstei pentru admiterea în secțiile de terapie intensivă ar putea fi impusă în ultimă instanță. Principiul aflat la baza sa ar fi salvarea resurselor limitate care ar putea deveni extrem de reduse, pentru cei care au o probabilitate mult mai mare de supraviețuire și o speranță de viață mai mare, pentru a maximiza beneficiile pentru cel mai mare număr de oameni”¹³.

Există însă riscuri atunci când formularea unei recomandări include o specificare a vârstei drept criteriu pentru acordarea accesului la o resursă limitată. Nu este întâmplător faptul că ea a dus la acuze de *ageism* (discriminare pe criteriul vârstei)¹⁴. De altfel, situația specială a persoanelor în vârstă – care sunt mai grav afectate de pandemie decât cei mai tineri – agravează această acuză: după ce că numărul de victime este oricum mai mare la această categorie, să se adauge și imposibilitatea sau diminuarea considerabilă a accesului la tratament în secțiile de terapie intensivă? Suplimentar, măsurile adoptate de autorități cu scopul prevenirii răspândirii bolii sunt resimțite mai apăsător de persoanele în vârstă, deoarece distanțarea socială accentuează izolarea lor, ceea ce le accentuează problemele de sănătate¹⁵.

La aceste critici pot fi formulate o serie de răspunsuri. Mai întâi, în cele mai multe abordări, vârsta în sine nu reprezintă un criteriu care să fundamenteze limitarea sau refuzul intervenției. Într-un caz ipotetic

în care alegerea ar fi între un pacient mai tânăr, dar suferind de multe alte probleme de sănătate și un altul mai în vârstă, însă fără astfel de probleme, dacă evaluarea medicală ar indica faptul că succesul intervenției este mai mare pentru persoana în vârstă, ea ar urma să fie selectată pentru a primi acea resursă. O altă categorie de justificări ar atrage atenția asupra faptului că este o măsură excepțională, care nu este gândită pe timp nelimitat, ci doar în perioada în care spitalele nu fac față afluxului de pacienți; mai mult, întreaga societate întreprinde tot ce este posibil pentru a scurta durata acestui tip de prioritizare, limitând cât mai mult răspândirea bolii. Un ultim răspuns ar veni din partea celor care planifică distribuția viitoarelor resurse de tip preventiv – cum sunt vaccinurile. În momentul în care va fi disponibil un vaccin eficient împotriva COVID-19, una dintre categoriile prioritare, care va beneficia rapid de noul vaccin, va fi reprezentată de persoanele în vârstă, suferinde de diverse boli, înaintea persoanelor mai tinere, datorită faptului că ele sunt mai susceptibile să contracteze boala și să sufere forme mai grave. S-ar putea astfel vorbi de un soi de compensare a modului în care sunt distribuite aceste resurse.

4. Recomandări

O discuție despre principii etice este cu atât mai binevenită cu cât ea se transformă, pentru practicienii implicați, în recomandări ce pot fi urmate în mod uniform și previzibil de toți cei vizați. Dacă aceste principii generale sunt lăsate a fi specificate și traduse în măsuri practice la latitudinea medicilor sau a spitalelor, vor exista diferențe de abordare care vor fi dificil de justificat retrospectiv. Mai mult, o resursă la fel de prețioasă și de limitată în contextul pandemiei este timpul. Or, cântărirea și specificarea efectelor unui principiu - și în general aplicarea oricărei reguli etice – cere timp¹⁶, astfel că este preferabil ca aceste recomandări să fie elaborate în colaborare cu specialiști în etică medicală. După cum observă Moutel „Unul din rolurile noastre este să oferim claritate și să oprim dezbaterile referitoare la întrebări de tipul: de ce există o regulă într-o parte a țării și o altă regulă în altă parte”¹⁷.

O primă recomandare venită din partea experților în etică este delegarea deciziilor legate de alocarea resurselor limitate – în special cele referitoare la non-inițierea sau stoparea ventilării mecanice – unei comisii de triaj, sau unei „unități de suport etic” (cum sunt numite în Franța). Aceste decizii reprezintă o povară pentru medici, cei mai mulți nefiind pregătiți să le ia de unii singuri¹⁸. Pentru ei, după cum spune Alexandru Volacu „costurile psihologice” sunt prea mari, deoa-rece: „în momentul în care aceștia vor trebui să ia decizii cu privire la cine va primi sprijin medical consistent și cine nu, decizia de a refuza intubarea unui pacient poate fi internalizată de ei ca o condamnare la moarte a pacientului refuzat”¹⁹.

Aceeași comisie de triaj ar trebui să comunice ulterior decizia aparținătorilor pacientului, principiul din spatele deciziei fiind „salvarea celor mai multe vieți posibile într-o perioadă de criză fără precedent”²⁰.

O altă recomandare referitoare la alocarea ventilatoarelor este cea referitoare la înlocuirea unui principiu de tipul „primul venit, primul servit”, folosit în general în activitatea de triaj, cu o formă de selectare aleatorie a pacienților aflați în condiții similare de risc, pen-tru care prognosticul este asemănător²¹. Explicația pe care se întemeiază această recomandare este aceea că principiul „primul venit, primul servit” nu este neutru din punct de vedere etic, ci îi privilegiază în mod indirect pe cei aflați la mai mică distanță de spital, respectiv pe cei care au mijloace de a ajunge la spital, sau pe cei care s-au îmbolnăvit mai repede. Mai mult, „În cazul scenariului cel mai pesimist al saturării complete a resurselor secțiilor de terapie intensivă, păstrarea unui criteriu de tipul „primul venit, primul servit” ar însemna stoparea îngrijirilor intensive prin limitarea admiterii în aceste secții a oricărui pacient care s-a prezentat ulterior”²².

O recomandare mai dificil de realizat este cea care susține că alocarea resurselor limitate nu ar trebui să îi privilegieze pe pacienții cu COVID-19 față de pacienții cu alte boli. Dificultatea provine din faptul că pandemia de coronavirus este supra-reprezentată în spațiul public; resursele de atenție publică, precum și resursele medicale sunt direcționate aproape exclusiv spre pacienții infectați cu acest virus. Pacienții care suferă de alte boli sunt puși în fața unei alternative

problematică: mulți nu mai au acces la tratament datorită saturării spitalelor (care sunt pline de pacienții cu COVID-19); alții au teoretic acces la tratament, dar îl amână de teama de a nu veni în contact cu noua boală.

În fine, o altă recomandare se referă la ce tipuri de criterii nu ar trebui să fie relevante pentru accesul la tratament și nu ar trebui să fie folosite drept criteriu pentru alocarea resurselor. Aici intră, desigur, genul, etnia, statutul social, resursele financiare de care dispune persoana respectivă.

5. Concluzii

Reprezintă aceste recomandări cel mai potrivit răspuns la criza din prezent sau istoria le va consemna drept încă un abuz în seria experimentelor dubioase din punct de vedere moral? Vor fi aceste comitete de triaj privite ca un colac de salvare pentru dilemele medicilor din secțiile de terapie intensivă, sau vor fi considerate drept un echivalent modern al comitetelor de selecție a pacienților care urmau să beneficieze de dializă (stabilite în secolul trecut pentru a oferi acces la o resursă atunci netestată – aparatul de dializă)? În condițiile în care un tratament sau un vaccin pentru COVID-19 sunt doar proiecții pentru viitor, este dificil de oferit un răspuns. Cu siguranță însă că această perioadă va reprezenta un reper pentru modul în care ne raportăm la deciziile medicale în condiții de resurse limitate, și este de salutat mobilizarea rapidă a specialiștilor în etică care au formulat aceste principii și recomandări într-un interval de timp record.

Dacă starea de lucruri din prezent pare să fie cea descrisă de versurile lui Frank Iero din motto: „things are about to get much worse/before it gets worse” („lucrurile vor merge din rău în mai rău/înainte de a se înrăutăți”) o modalitate de depășire a ei poate fi imaginată când/dacă va exista o colaborare strânsă între experții în etică²³, decidenți și societatea în ansamblu. Părerile individuale pot diferi dacă situația prezentă poate fi descrisă drept „suntem împreună în aceeași barcă” sau „suntem împreună în aceeași furtună”. Însă

dincolo de divergențele punctuale, ieșirea din această criză depinde de acest „împreună”.

Note

¹ În acest text mă voi referi cu precădere la problemele etice asociate alocării resurselor limitate – de tipul ventilatoarelor mecanice, despre care am mai discutat într-un interviu la Sperața TV. Mihaela Frunză în dialog cu Cristian Măgură, „Dezbatere Sperața TV”, în cadrul emisiunii *În obiectiv*, Producător: Liana Șega, *Sperața TV*, 15 aprilie 2020, înregistrare disponibilă la <https://www.youtube.com/watch?v=gw7xe4WZtWo&t=217s>. În alte texte publicate în această perioadă am discutat despre problemele etice asociate modului în care această pandemie ne relevă drept persoane vulnerabile, respectiv provocările legate de cercetările desfășurate pentru a găsi un tratament sau un vaccin pentru boala COVID-19. Vezi Mihaela Frunză, „Suntem cu toții la fel de vulnerabili în fața lui COVID-19?”, *Scena9*, 15 aprilie 2020, <https://www.scena9.ro/article/inegalitati-covid19-pandemie> și Mihaela Frunză, „Some Research Ethics Questions during the COVID-19 Pandemics. What Prospects for the Future?”, *Postmodern Openings*, Vol. 11, No. 1, Sup. 2, (2020): 20-28.

² Un studiu efectuat pe mai mult de 4000 de pacienți din New York a condus la concluzia că peste 80% din pacienții ventilați mecanic au decedat în perioada spitalizării. Vezi Safiya Richardson, Jamie S. Hirsch, Mangala Narasimhan, James M. Crawford, Thomas McGinn, Karina W. Davidson, and the Northwell COVID-19 Research Consortium, „Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area”, *JAMA*, Published online April 22, 2020. doi:10.1001/jama.2020.6775

³ Robert D. Truog, Christine Mitchell, and George Q. Daley, „The toughest triage - allocating ventilators in a pandemic”, *New England Journal of Medicine* March 23, 2020, DOI: 10.1056/NEJMp2005689 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2005689>

⁴ Robert D. Truog, Christine Mitchell, and George Q. Daley, „The toughest triage - allocating ventilators in a pandemic”, *New England Journal of Medicine* March 23, 2020, DOI: 10.1056/NEJMp2005689 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2005689>

⁵ Este de altfel motivul pentru care multe state, între care și România, au luat decizia de a adopta măsuri de prevenire a răspândirii bolii într-un moment în

care numărul de pacienți confirmați cu COVID-19 era foarte mic, deci cu mult înainte ca sistemul medical să fie copleșit de numărul mare de pacienți, într-o încercare de a evita suprasolicitarea acestuia.

⁶ Angela Ballantyne, Wendy Rogers, Vikki Entwistle, Cindy Towns, „Be careful what you wish for: ICU is no panacea”, *Journal of Medical Ethics Blog*, April 24, 2020, <https://blogs.bmj.com/medical-ethics/2020/04/24/be-careful-what-you-wish-for-icu-is-no-panacea/>

⁷ Georg Marckmann, „Coronavirus and ethics: ‘act so that most people survive’”, *Deutsche Welle*, 24 March 2020, <https://www.dw.com/en/coronavirus-and-ethics-act-so-that-most-people-survive/a-52895179>.

⁸ Bertrand Guidet apud Sophie Arie, “Covid-19: Can France’s ethical support units help doctors make challenging decisions?” *British Medical Journal* 02 April 2020 369 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1291>
<https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1291>.

⁹ Cu cuvintele lui Peter Singer, vorbind despre modul în care ar trebui să gestionăm diversele aspecte ale acestei pandemii: „Cum anume evaluăm costurile totale ale tuturor în termenii pierderii calității vieții, pierderii bunăstării, precum și faptul că se pierd vieți omenești?” Peter Singer, „Restarting America Means People Will Die. So When Do We Do It?”, *The New York Times Magazine*, April 10, 2020, <https://www.nytimes.com/2020/04/10/magazine/coronavirus-economy-debate.html>

¹⁰ Ezekiel J. Emanuel, Govind Persad, Ross Upshur R, Beatriz Thome, Michael Parker, Aaron Glickman, Cathy Zhang, Connor Boyle, Maxwell Smith, and James P. Phillips, „Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19”, *New England Journal of Medicine*, March 23, 2020
DOI: 10.1056/NEJMs2005114
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs2005114>

¹¹ James F. Childress and Tom L. Beauchamp, *Principles of biomedical ethics* (New York: Oxford University Press, 2001). Principiul se potrivește și manierei economice în care decidenții politici cuantifică rezultatele unei intervenții, alegând-o pe cea mai avantajoasă pentru cei mai mulți indivizi.

¹² Dominic Wilkinson, „ICU triage in an impending crisis: uncertainty, pre-emption and preparation” *Journal of Medical Ethics* 19 March 2020 doi: 10.1136/

¹³ Marco Vergano, Guido Bertolini, Alberto Giannini, Giuseppe Gristina, Sergio Livigni, Giovanni Mistraretti, Flavia Petrini, „Clinical Ethics Recommendations

for the Allocation of Intensive Care Treatments in exceptional, resource-limited circumstances”, *SIAARTI*, March 16th 2020

<http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Clinical%20Ethics%20Reccomendations.pdf>.

¹⁴ Lisa Rosenbaum, „Facing Covid-19 in Italy – ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic’s front line”, *New England Journal of Medicine* March 18, 2020 DOI: 10.1056/NEJMp2005492

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2005492>

¹⁵ Nathan Stall and Sinha Samir, „COVID-19 isn’t the only thing that’s gone viral. Ageism has too”, *The Globe and Mail*, 26 March 2020

<https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-covid-19-isnt-the-only-thing-thats-gone-viral-ageism-has-too/>.

¹⁶ Peter Singer, „Ethical Experts in a Democracy”, în David M. Rosenthal, Fadlou Shedadi (eds.), *Applied Ethics and Ethical Theory* (Salt Lake City: University of Utah Press, 1988).

¹⁷ Gregoire Moutel apud Sophie Arie, “Covid-19: Can France’s ethical support units help doctors make challenging decisions?” *British Medical Journal* 02 April 2020 369 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1291>

<https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1291..>

¹⁸ Experiența medicilor italieni este din păcate grăitoare în acest sens, existând numeroase pledoarii publice emoționante despre dificultatea cu care s-au confruntat medicii care au fost puși să aleagă între pacienți. Lisa Rosenbaum, „Facing Covid-19 in Italy – ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic’s front line”, *New England Journal of Medicine* March 18, 2020 DOI: 10.1056/NEJMp2005492

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2005492>.

¹⁹ Alexandru Volacu, „Tragedia triajului. Despre etica alocării resurselor medicale limitate în timpul COVID-19”, *Universitatea din București*, 31 martie 2020, <https://unibuc.ro/tragedia-triajului-despre-etica-alocarii-resurselor-medicale-limitate-in-timpul-covid-19/>

²⁰ Robert D. Truog, Christine Mitchell, and George Q. Daley, „The toughest triage - allocating ventilators in a pandemic”, *New England Journal of Medicine* March 23, 2020, DOI: 10.1056/NEJMp2005689

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2005689>

²¹ Ezekiel J. Emanuel, Govind Persad, Ross Upshur R, Beatriz Thome, Michael Parker, Aaron Glickman, Cathy Zhang, Connor Boyle, Maxwell Smith, and

James P. Phillips, „Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19”, *New England Journal of Medicine*, March 23, 2020

DOI: 10.1056/NEJMs2005114

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMs2005114>.

²² Marco Vergano, Guido Bertolini, Alberto Giannini, Giuseppe Gristina, Sergio Livigni, Giovanni Mistracchi, Flavia Petrini, „Clinical Ethics Recommendations for the Allocation of Intensive Care Treatments in exceptional, resource-limited circumstances”, *SIAARTI*, March 16th 2020

<http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Clinical%20Ethics%20Reccomendations.pdf>.

²³ Este important ca experții în etică să continue să fie implicați și în fazele următoare ale gestionării acestei situații, atâta vreme cât rolul lor în diverse organizații este și cel de a oferi consiliere etică, atât de necesară în această perioadă. Pentru o perspectivă generală asupra importanței consilierii etice în organizații, vezi Sandu Frunză, Iulia Medveschi, Mihaela Frunză, Nicolae Ovidiu Grad, „Aspects Regarding Ethical Counseling in Organizations”, *Journal for the Study of Religions and Ideologies*, Vol. 18, no, 54 (2019): 3-17.

Bibliografie

Arie, Sophie. 2020. “Covid-19: Can France’s ethical support units help doctors make challenging decisions?”. *British Medical Journal* 02 April 369 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1291>

<https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1291>.

Ballantyne, Angela, Wendy Rogers, Vikki Entwistle, Cindy Towns. 2020. „Be careful what you wish for: ICU is no panacea”, *Journal of Medical Ethics Blog*, April 24, <https://blogs.bmj.com/medical-ethics/2020/04/24/be-careful-what-you-wish-for-icu-is-no-panacea/>

Childress, James F. and Tom L. Beauchamp. 2001. *Principles of biomedical ethics* (New York: Oxford University Press).

Emanuel, Ezekiel J., Govind Persad, Ross Upshur R, Beatriz Thome, Michael Parker, Aaron Glickman, Cathy Zhang, Connor Boyle, Maxwell Smith, and James P. Phillips. 2020. „Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19”, *New England Journal of Medicine*, March 23, DOI:

10.1056/NEJMSb2005114

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMSb2005114>

Frunză, Mihaela. 2020. „Suntem cu toții la fel de vulnerabili în fața lui COVID-19?”. *Scena9* 15 aprilie <https://www.scena9.ro/article/inegalitati-covid19-pandemie>

Frunză, Mihaela. 2020. „Some Research Ethics Questions during the COVID-19 Pandemics. What Prospects for the Future?”. *Postmodern Openings* Vol. 11, No. 1, Sup. 2: 20-28.

Frunză, Mihaela. 2020. „Dezbateră Speranța TV”. În cadrul emisiunii *În obiectiv*. Moderator: Cristian Măgură. Producător: Liana Șega, *Speranța TV*, 15 aprilie 2020, <https://www.youtube.com/watch?v=gw7xe4WZtWo&t=217s>.

Frunză, Sandu, Iulia Medveschi, Mihaela Frunză, Nicolae Ovidiu Grad. 2019. „Aspects Regarding Ethical Counseling in Organizations”. *Journal for the Study of Religions and Ideologies*, Vol. 18, no, 54: 3-17.

Iero, Frank and the Patience. 2016. „I'll let you down”. Album *Parachutes* produced by Ross Robinson <https://www.youtube.com/watch?v=eFobzx7zfVA>

Marckmann, Georg. 2020. „Coronavirus and ethics: ‘act so that most people survive’”. *Deutsche Welle* 24 March

<https://www.dw.com/en/coronavirus-and-ethics-act-so-that-most-people-survive/a-52895179>.

Richardson, Safiya Jamie S. Hirsch, Mangala Narasimhan, James M. Crawford, Thomas McGinn, Karina W. Davidson, and the Northwell COVID-19 Research Consortium. 2020. „Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area”. *JAMA* Published online April 22 doi:10.1001/jama.2020.6775

Rosenbaum, Lisa. 2020. „Facing Covid-19 in Italy – ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic’s front line”. *New England Journal of Medicine* March 18 DOI: 10.1056/NEJMp2005492

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2005492>

Singer, Peter. 1988. „Ethical Experts in a Democracy”. În David M. Rosenthal, Fadlou Shedadi (eds.). *Applied Ethics and Ethical Theory* (Salt Lake City: University of Utah Press).

Singer, Peter. 2020. „Restarting America Means People Will Die. So When Do We Do It?”. *The New York Times Magazine* April 10
<https://www.nytimes.com/2020/04/10/magazine/coronavirus-economy-debate.html>

Stall Nathan and Sinha Samir, „COVID-19 isn't the only thing that's gone viral. Ageism has too”, *The Globe and Mail*, 26 March 2020

<https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-covid-19-isnt-the-only-thing-thats-gone-viral-ageism-has-too/>.

Truog, Robert D., Christine Mitchell, and George Q. Daley. 2020. „The toughest triage - allocating ventilators in a pandemic”. *New England Journal of Medicine* March 23 DOI: 10.1056/NEJMp2005689
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2005689>

Vergano, Marco, Guido Bertolini, Alberto Giannini, Giuseppe Gristina, Sergio Livigni, Giovanni Mistracchi, Flavia Petrini. 2020. „Clinical Ethics Recommendations for the Allocation of Intensive Care Treatments in exceptional, resource-limited circumstances”. *SIAARTI* March 16th
<http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Clinical%20Ethics%20Reccomendations.pdf>.

Volacu, Alexandru. 2020. „Tragedia triajului. Despre etica alocării resurselor medicale limitate în timpul COVID-19”. *Universitatea din București* 31 martie
<https://unibuc.ro/tragedia-triajului-despre-etica-alocarii-resurselor-medicale-limitate-in-timpul-covid-19/>

Wilkinson, Dominic. 2020. „ICU triage in an impending crisis: uncertainty, pre-emption and preparation”. *Journal of Medical Ethics* 19 March doi: 10.1136/