

Consulta le discussioni, le statistiche e i profili degli autori per questa pubblicazione su: <https://www.researchgate.net/publication/378341875>

Decessi in eccesso nel Regno Unito: Midazolam ed eutanasia nella pandemia di COVID-19

Articolo / Ricerca medica e clinica · Febbraio 2024

CITAZIONI

2

LETTURE

2.105

1 autore:



Wilson Sy

Analisi degli investimenti

67 PUBBLICAZIONI **565** CITAZIONI

VEDI PROFILO

Decessi in eccesso nel Regno Unito: Midazolam ed eutanasia nella pandemia di COVID-19

Wilson Sy*

Direttore, Unità di biotecnologia, Investment Analytics Research, Australia.

*Autore corrispondente

Dott. Wilson Sy, Direttore, Unità di biotecnologia, Investment Analytics Research, Australia.

Inviato: 20 gennaio 2024; Accettato: 25 gennaio 2024; Pubblicato: 15 febbraio 2024

Citazione: Wilson Sy (2024) Decessi in eccesso nel Regno Unito: Midazolam ed eutanasia nella pandemia di COVID-19. *Ricerca medica e clinica*, 9(2), 01-21.

Astratto

I macrodati relativi alla pandemia di COVID-19 nel Regno Unito (UK) mostrano significative anomalie e incongruenze rispetto alle spiegazioni esistenti. Questo articolo dimostra che il picco di decessi nel Regno Unito, erroneamente attribuito al COVID-19 nell'aprile 2020, non è stato dovuto al virus SARS-CoV-2, che era in gran parte assente, ma all'uso diffuso di iniezioni di Midazolam, statisticamente altamente correlate (coefficiente superiore al 90%) con l'eccesso di decessi in tutte le regioni dell'Inghilterra durante il 2020. È importante sottolineare che l'eccesso di decessi è rimasto elevato a seguito della vaccinazione di massa nel 2021, ma non è risultato statisticamente correlato alle iniezioni di COVID, pur rimanendo significativamente correlato alle iniezioni di Midazolam. L'uso diffuso e persistente di Midazolam nel Regno Unito suggerisce una possibile politica di eutanasia sistemica. A differenza dell'Australia, dove valutare l'impatto statistico delle iniezioni di COVID sull'eccesso di decessi è relativamente semplice, l'eccesso di decessi nel Regno Unito è stato strettamente associato all'uso di Midazolam e ad altri interventi medici. La pandemia iatrogena nel Regno Unito è stata causata da decessi per eutanasia da Midazolam e, probabilmente, anche da iniezioni di COVID, ma i loro impatti relativi sono difficili da misurare dai dati, a causa della prossimità causale dell'eutanasia. Le indagini globali sull'epidemiologia del COVID-19, basate esclusivamente sugli impatti relativi della malattia COVID e della vaccinazione, potrebbero essere imprecise, a causa della negligenza di significativi fattori confondenti in alcuni Paesi.

Introduzione

In un recente articolo [1], è stato dimostrato che le iniezioni di COVID sono causalmente predittive dell'eccesso di decessi in Australia, suggerendo che la pandemia australiana sia iatrogena [2]. Ritenendo che l'iatrogenesi dovuta alle iniezioni di COVID possa essere universalmente rilevante, abbiamo studiato attentamente il caso del Regno Unito, poiché il suo Office for National Statistics (ONS) è noto per avere alcune delle statistiche più accurate e dettagliate sulla pandemia di COVID-19 nel Regno Unito. Ovviamente, confrontare le statistiche dei "vaccinati" rispetto ai "non vaccinati" è il metodo più semplice per valutare i rischi e i benefici della vaccinazione, ma solo se i dati sono accurati, ovvero privi di errori di immissione dati. Molti errori nei dati derivano dal test PCR difettoso, che non rileva la presenza del virus SARS-CoV-2 [3, 4]. L'analisi approfondita [5] delle statistiche dettagliate dell'ONS basate sullo stato vaccinale e sulle loro relazioni con i casi di COVID e la mortalità ha mostrato incongruenze, che sembrano derivare da definizioni errate dello stato vaccinale e da un'immissione dati errata.

Questo aspetto della corruzione dei dati dell'ONS sembra universale, poiché si verifica anche con i dati australiani [6] che hanno avuto origine dalla convenzione di immissione e segnalazione dei dati difettosa [7] dei Centri per

Il Dipartimento per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CDC) potrebbe aver registrato lo stato con un ritardo di almeno 14 giorni rispetto allo stato effettivo. In sostanza, il decesso di una persona recentemente vaccinata potrebbe non essere registrato nel database dei decessi dei "vaccinati" [8]. Questa semplice omissione rende il confronto dei decessi in base allo stato vaccinale un errore di trascrizione dei dati, che gonfia i decessi dei "non vaccinati", calcolati sottraendo i decessi dei "vaccinati" da tutti i decessi della popolazione [9].

Nonostante i progressi nella moderna tecnologia informatica, l'accuratezza della raccolta dati non è migliorata nel Regno Unito per oltre 150 anni, perché gli stessi problemi di inserimento dati errato riscontrati allora si riscontrano ancora oggi nella pandemia di COVID, non solo nel Regno Unito ma in tutto il mondo. Abbiamo scoperto in modo indipendente [6] lo stesso problema di dati del Regno Unito e la stessa soluzione per la valutazione della vaccinazione contro il COVID-19 che Alfred Russel Wallace [10] aveva scoperto 150 anni fa nell'indagare sulle conseguenze dei Vaccination Act a partire dal 1840 sul vaiolo:

"Avendo così ripulito la massa di statistiche dubbie o errate basate sui confronti tra vaccinati e non vaccinati in aree limitate o gruppi selezionati di pazienti, ci rivolgiamo all'unica prova veramente importante, quelle 'masse di esperienza nazionale'..."

Enfasi aggiunta. L'inserimento di dati errati sullo stato vaccinale, oltre 150 anni fa come oggi [10], non può essere risolto dalla tecnologia, ma da una migliore gestione dei dati. Proprio come fece Alfred Wallace, un eminente pari e amico di Charles Darwin, il metodo che abbiamo utilizzato (il "Metodo Wallace") per superare la mancanza di dati vaccinali dettagliati e accurati consiste nell'utilizzare macrodati accurati come la mortalità per tutte le cause ("masse di esperienza nazionale") e le dosi di iniezione COVID, per eseguire analisi statistiche dettagliate al fine di trarre conclusioni epidemiologiche ampie e solide.

Questo articolo segue il metodo Wallace esaminando le "masse di esperienza nazionale" della pandemia, ovvero i dati sulla mortalità per tutte le cause e sulla mortalità in eccesso nel tempo e nelle diverse regioni dell'Inghilterra.

Molti risultati statistici pubblicati, basati su un'errata interpretazione dei dati, sono internamente incoerenti e sono contraddetti dai macrodati del Metodo Wallace, come mostrato qui per il Regno Unito. Queste contraddizioni fattuali si manifestano come anomalie nei dati, ovvero dati sulla mortalità che non possono essere spiegati da un'errata interpretazione dei dati. Due principali anomalie nei dati di aprile 2020 e gennaio 2021 sono discusse in dettaglio di seguito, nelle sezioni successive.

Un'altra importante anomalia nei dati è l'assenza, dal 2021, di

alcuna relazione statisticamente significativa tra vaccinazione e mortalità, anche quando i dati sulla mortalità sono in ritardo rispetto ai dati sulla vaccinazione. Pertanto, apparentemente non vi è alcuna correlazione statisticamente significativa, né positiva né negativa, tra vaccinazione e mortalità.

Questa controintuitiva assenza di una relazione tra vaccinazione e decessi in eccesso e altre anomalie viene risolta in questo articolo mostrando l'esistenza di un forte fattore confondente, ovvero una forte correlazione positiva tra l'uso di Midazolam e i dati sull'eccesso di mortalità in Inghilterra, in tutte le regioni durante la pandemia di COVID-19, in particolare prima della vaccinazione di massa.

Il resto dell'articolo è dedicato a una discussione dettagliata delle implicazioni dei risultati su come la politica sanitaria del Regno Unito abbia portato agli effetti osservati dell'eutanasia e del geronticidio iatrogeno. I risultati del Regno Unito sollevano forti dubbi su molti dati epidemiologici a livello mondiale riguardanti l'evidenza di un impatto positivo o negativo della vaccinazione sulla mortalità nella pandemia di COVID-19.

Dati macro del Regno Unito

I macrodati includono i dati ufficiali sulla mortalità per tutte le cause nel Regno Unito pubblicati dall'ONS [11]. I dati raccolti dal 2015 a luglio 2023 sono mostrati nella Figura 1.

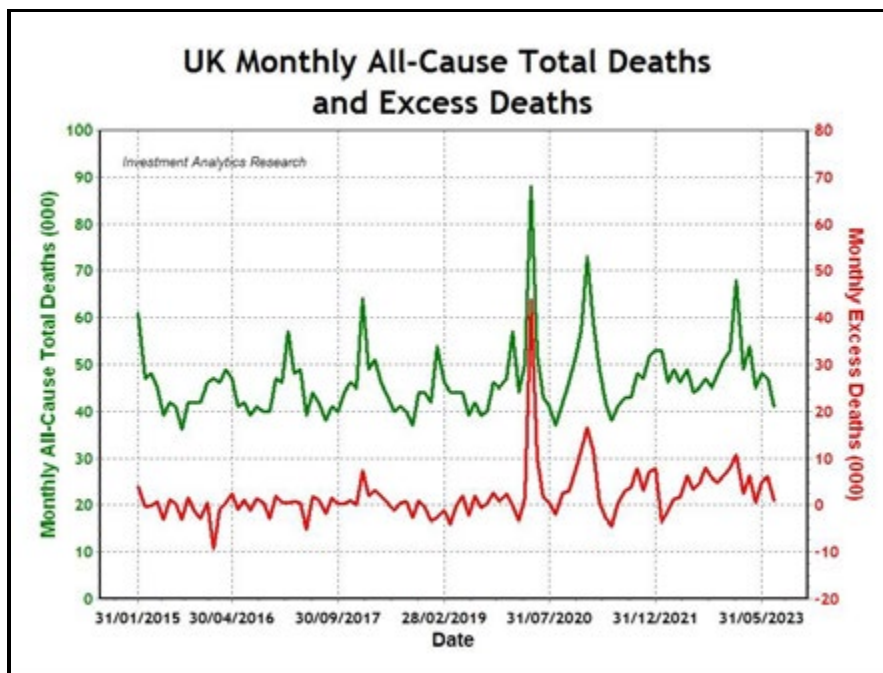


Figura 1:Decessi mensili per tutte le cause e decessi in eccesso nel Regno Unito.

La curva verde con l'asse sinistro rappresenta i conteggi mensili grezzi dei decessi per tutte le cause nel Regno Unito dal 2015 a luglio 2023, i dati mensili più recenti dell'ONS. La maggior parte degli analisti di dati (ad esempio l'Australian Bureau of Statistics) sovrapporrebbe semplicemente la curva verde al valore di base (come aspettativa), con fluttuazioni stagionali e una banda di deviazione standard attorno al valore di base, per mostrare la significatività della mortalità per tutte le cause al di fuori della banda attesa (vedi

un esempio di seguito). Tuttavia, le fluttuazioni stagionali rendono più difficile discernere visivamente la significatività relativa dei decessi in eccesso, oscurando la significatività statistica.

Per maggiore chiarezza, le fluttuazioni stagionali vengono rimosse visualizzando direttamente i decessi in eccesso, dove la mortalità in eccesso viene calcolata come deviazioni dalla linea di base, definita dal periodo pre-pandemico.

Periodo basato sulle medie mensili del periodo 2015-2019. La mortalità media di base nel Regno Unito è di circa 44.000 casi al mese e 532.000 all'anno. Lo scopo di questa base è quello di fungere da parametro di riferimento per valutare se i decessi in eccesso dovuti alla pandemia dal 2020 siano statisticamente significativi.

La curva rossa con l'asse destro mostra il conteggio dei decessi per eccesso di mortalità. Il valore medio di base dei decessi in eccesso è zero (per definizione) e la deviazione standard (sigma) è di 2.470 al mese. È ormai evidente che i decessi in eccesso nel Regno Unito sono statisticamente significativi per la maggior parte dei periodi della pandemia di COVID-19, a partire dall'enorme picco del 2020.

Si noti che l'ONS include il periodo 2017-2019 e il 2021, ma esclude il 2020 nel calcolo del valore di riferimento del 2022 e pertanto i decessi in eccesso dell'ONS per il 2022 differiscono dai nostri, come verrà discusso di seguito. Dall'inizio della pandemia nel 2020, si è registrato un aumento persistente della mortalità in eccesso, caratterizzato a volte da picchi improvvisi. La curva rossa per i decessi in eccesso mensili in percentuale rispetto al valore di riferimento mostra tuttavia un trend in calo dal 2020, prima della vaccinazione, e dopo il 2021, il che suggerisce (in modo fuorviante, come discusso di seguito) un effetto benefico della vaccinazione.

Molti studi pubblicati nel 2022 hanno rilevato correlazioni negative tra eccesso di decessi e vaccinazione di massa [12] e hanno suggerito

effetti di mitigazione delle iniezioni di COVID. Tuttavia, queste osservazioni casuali di causalità sono mostrate di seguito come un altro esempio del paradosso di Simpson, in cui i fattori confondenti sono stati trascurati e le correlazioni non sono state valide [12].

Nello specifico, come indicato [13], un errore comune di questi studi deriva dal bias di selezione dei dati, in cui i primi studi, con correlazione sincrona, che si verificavano solo in un sottoinsieme selezionato di dati, implicavano che le vaccinazioni avessero un impatto benefico immediato sulla riduzione dei decessi, il che è altamente improbabile dal punto di vista medico [2], data la vaccinologia di come le iniezioni di mRNA impiegano un tempo significativo per influenzare il sistema immunitario.

Gli errori degli studi precedenti [12] possono essere compresi se tali risultati vengono inseriti in contesti più ampi, tenendo conto di altre variabili epidemiologiche e, a posteriori, di una più ampia gamma di dati disponibili. Vengono illustrate qui numerose anomalie e incongruenze nei dati del Regno Unito che hanno portato a conclusioni errate e a politiche dannose.

Anomalia di aprile 2020

Per stabilire ancora più chiaramente la significatività statistica dei decessi in eccesso, questi vengono misurati come percentuali del valore di base, nonché come unità di deviazione standard (sigma) delle fluttuazioni mensili del valore di base, come mostrato nella Figura 2.

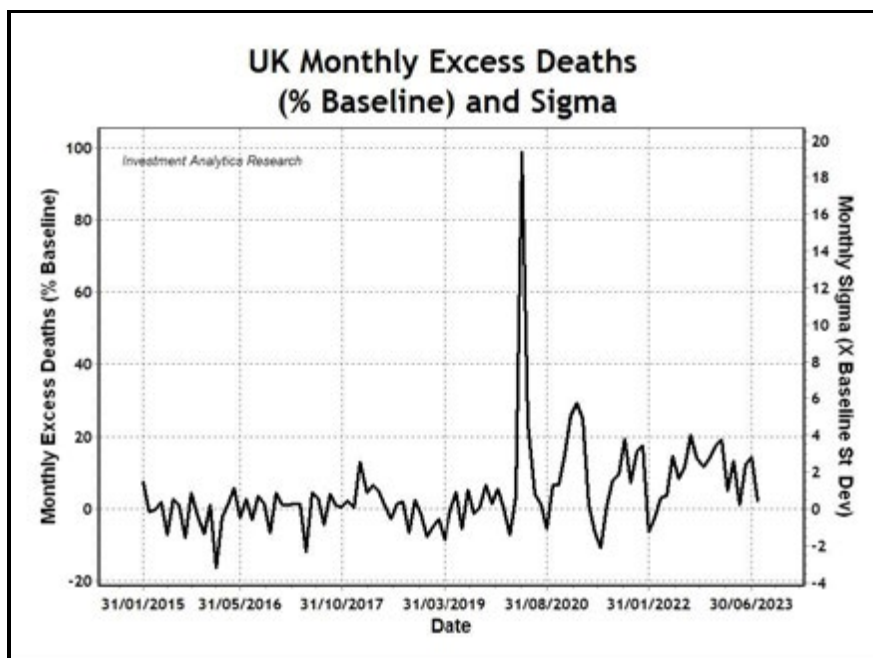


Figura 2:Decessi mensili in eccesso nel Regno Unito (% di base) e Sigma.

L'asse sinistro mostra i decessi in eccesso in percentuale rispetto al valore di riferimento. Si noti che l'enorme picco di aprile 2020 ha raggiunto il 100% del valore di riferimento. Poiché la deviazione standard mensile dei decessi in eccesso in percentuale rispetto al valore di riferimento 2015-2019 è del 5,1% ("un sigma"), l'enorme picco è stato un evento di 20 sigma, mostrato sull'asse destro. Questo evento ha ricevuto relativamente poca attenzione o analisi, poiché l'ONS ha semplicemente affermato di fatto, in una prima versione del suo ultimo

rilascio [14]:

"I mesi con il numero più elevato di decessi in eccesso totali sono stati aprile 2020 (43.796 decessi in eccesso, un aumento del 98,8%) e gennaio 2021 (16.546 decessi in eccesso, un aumento del 29,2%)."

Raddoppio del tasso di mortalità normale nell'aprile 2020 ("un aumento del 98,8%")

Non aveva ricevuto alcun commento specifico dall'ONS ed è stato rimosso nei comunicati stampa recenti. Un'improvvisa impennata di 44.000 decessi non può essere spiegata dalla crescita demografica o da cambiamenti nell'aspettativa di vita. La versione ufficiale era che il virus SARS-CoV-2 fosse altamente letale e avesse causato l'enorme impennata di decessi per COVID. Questa interpretazione, discutibile (vedi sotto), giustificava la dichiarazione di emergenza e tutte le misure di sanità pubblica, tra cui l'uso delle mascherine, i lockdown, ecc.

Tuttavia, l'Agenzia per la sicurezza sanitaria del Regno Unito ha dichiarato [15] *"Dal 19 marzo 2020, il COVID-19 non è più considerato una HCID nel Regno Unito. Esistono molte malattie che possono causare gravi patologie e che non sono classificate come HCID. Cioè, il COVID-19 era*

Non è ufficialmente considerata una malattia infettiva ad alto rischio (HCID), quindi non è una pandemia. Questa dichiarazione era in netto contrasto con i 44.000 decessi in eccesso, per lo più attribuibili al COVID-19, che rappresentavano un raddoppio della mortalità per tutte le cause nell'aprile 2020. Come confermato dai dati empirici riportati di seguito, l'Agenzia per la Sicurezza Sanitaria del Regno Unito aveva ragione: non c'è stata alcuna pandemia causata da una HCID. Se questa interpretazione dell'enorme picco dovuto al virus COVID fosse davvero corretta (di seguito verrà dimostrato che non è corretto), allora è ovvio, a quanto pare, dalla Figura 2 che le iniezioni COVID potrebbero aver salvato vite umane, perché con la vaccinazione di massa dal 2021 i tassi di decessi in eccesso sono diminuiti sistematicamente, come conferma la Tabella 1. - la vaccinazione è stata associata apparentemente, ma in modo fuorviante, a un minor numero di decessi in eccesso nel tempo.

	2020	2021	2022	2022 (ONS)	Anno 2020-2022	2023 (fino a luglio)
Valore di base (000)	532	532	532	611	532	320
Effettivo (000)	608	586	577	577	590	352
Eccesso (000)	76	54	45	34	58	32
% Eccesso	14.3	10.2	8.5	5.6	11.0	10.0
Sigma (Mo Av)	2.8	1.9	1.8	1.1	2.2	2

Tabella 1: Mortalità annuale per tutte le cause e mortalità in eccesso nel Regno Unito.

Tutti i numeri in questo articolo sono espressi, al massimo, con tre cifre significative per facilitarne la lettura. Su base annua, la Tabella 1 mostra che sia la mortalità per tutte le cause che la mortalità in eccesso sono costantemente diminuite (colonne da 2 a 4) dal 2020 al 2022. Da questa prospettiva, le vaccinazioni anti-COVID negli anni 2021 e 2022, con rispettivamente 54.000 e 45.000 decessi in eccesso, sarebbero state erroneamente interpretate come efficaci nel ridurre di 76.000 i decessi in eccesso nel 2020.

L'efficacia apparente era ancora più pronunciata nel 2022, se il valore di riferimento fosse stato calcolato utilizzando il metodo utilizzato dall'ONS (vedi colonna 5), dove una deviazione di un sigma nel 2022 era appena statisticamente significativa per i decessi in eccesso nel Regno Unito. Questa prova di "efficacia del vaccino" era illusoria, come mostrato di seguito, a causa dell'errata attribuzione del picco di decessi del 2020.

Come l'Australian Bureau of Statistics (ABS), anche l'Office for National Statistics (ONS) ha escluso il 2020 nel calcolo del valore di base del 2022, ma per ragioni diametralmente opposte. Per l'Australia [16], il 2020 è stato un anno a bassa mortalità, la cui esclusione porta a un valore di base più alto e a una mortalità in eccesso calcolata inferiore. D'altra parte, per il Regno Unito, il 2020 è stato un anno ad alta mortalità, la cui esclusione porta a un valore di base più basso e a una mortalità in eccesso calcolata superiore.

mortalità.

Se il 2020 fosse stato incluso nel calcolo del 2022, il valore di riferimento del Regno Unito sarebbe stato aumentato di circa 19.000 unità e la mortalità in eccesso del 2022 sarebbe diminuita ulteriormente, con un sorprendente aumento di circa il 3% dei decessi rispetto al valore di riferimento. Ciò rappresenta una "normalizzazione" della pandemia, per cui i decessi in eccesso non forniscono più alcun segnale statistico. Questa statistica "troppo bella per essere vera" sarebbe incredibile e potrebbe attirare critiche indesiderate per la sua metodologia.

Con l'attribuzione ufficiale da parte del Regno Unito del picco di mortalità dell'aprile 2020 principalmente ai decessi dovuti al COVID, il ruolo delle altre cause di decessi in eccesso è stato sostanzialmente ridotto [14]:

"Se si sottraggono dall'analisi i decessi dovuti al COVID-19, aprile 2020 rimane il mese con il numero più alto di decessi in eccesso (14.361 decessi in eccesso, con un aumento del 32,4% rispetto alla media quinquennale dei decessi per tutte le cause)."

Tuttavia, questa discutibile attribuzione del 67,6% dei decessi al COVID nel periodo marzo/aprile 2020 è incoerente con il numero di casi di COVID in quel periodo, come mostrato nella Figura 3.

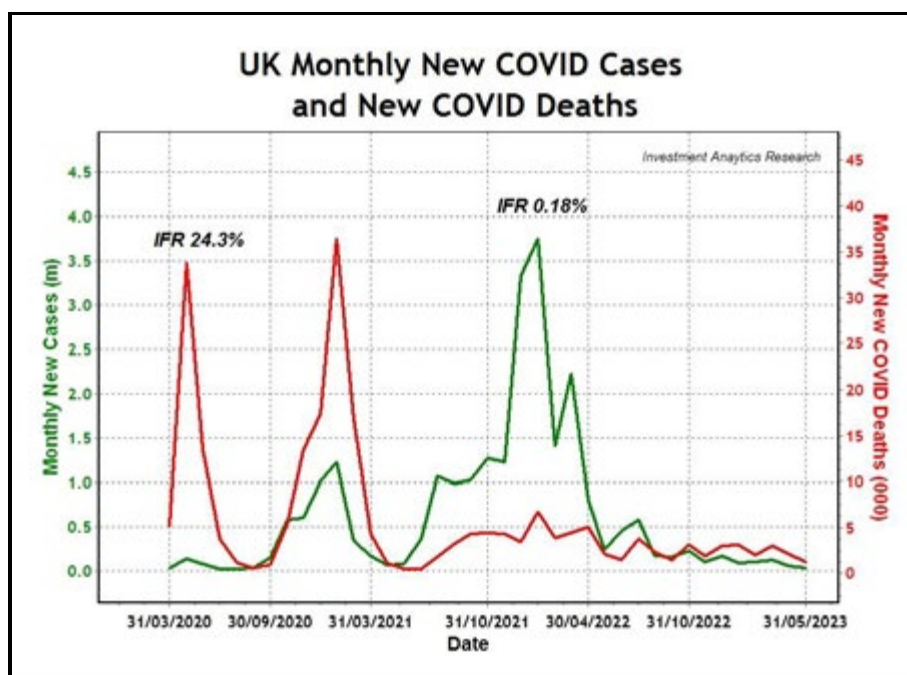


Figura 3: Nuovi casi e nuovi decessi mensili di Covid nel Regno Unito.

La Figura 3 mostra una correlazione incoerente tra casi di COVID (linea verde) e decessi per COVID (linea rossa), fatta eccezione per l'inizio del 2021, quando è stata avviata la "vaccinazione" di massa. L'anomalia più evidente si è verificata all'inizio del 2020, quando un numero relativamente esiguo di casi ha portato a un numero sproporzionato di decessi per COVID, tanto che il tasso di mortalità per infezione (o, più precisamente, il tasso di mortalità per caso) è risultato molto elevato, attestandosi al 24,3%, se i dati sono considerati alla lettera.

L'11 marzo 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato la pandemia globale sulla base di 4.291 decessi in tutto il mondo. Ad aprile 2020, i dati del Regno Unito hanno registrato 35.000 nuovi decessi per COVID, un aumento straordinario in un lasso di tempo molto breve, soprattutto considerando che ad aprile 2020 si erano registrati solo 139.000 nuovi casi di COVID; inoltre, il totale cumulativo dei casi nel Regno Unito non ha superato i 500.000 (meno dell'uno per cento della popolazione) fino a dopo settembre di quell'anno.

Sebbene ci siano stati suggerimenti sul fatto che il Regno Unito potrebbe aver avuto una carenza di test PCR disponibili all'inizio della pandemia, il che potrebbe spiegare il numero relativamente piccolo di casi di COVID, ma questa spiegazione non

Non risolvere l'incongruenza. Se ci fosse stata una carenza di test, la registrazione dell'elevato numero di decessi per COVID non avrebbe potuto essere verificata dai test PCR e pertanto i risultati sono stati assegnati arbitrariamente.

Considerando i dati della Figura 3, il tasso di mortalità (CFR) del SARS-CoV-2 nel Regno Unito sarebbe stato pari a un estremo 24,3%, rispetto al successivo CFR della variante Omicron dello 0,18%. L'elevato tasso di mortalità era incoerente con i risultati di ricerche pubblicate [17] secondo cui all'inizio della pandemia il *"Il nuovo coronavirus SARS-CoV-2 è meno letale ma molto più trasmissibile del MERS-CoV o del SARS-CoV."*

L'enorme impennata di decessi in eccesso nel Regno Unito nell'aprile 2020 potrebbe aver richiesto un minor numero di casi di infezione per causare i decessi se la trasmissione fosse stata localizzata in un numero limitato di regioni; altrimenti sarebbe stata necessaria una diffusione incredibilmente rapida su un'ampia area geografica. I dati sui decessi in eccesso mostrano che i picchi di decessi in eccesso si sono verificati simultaneamente su un'ampia area in tutte le principali regioni del Regno Unito, come mostra la Tabella 2.

Regione	Baseline di aprile	Decessi per tutte le cause	Decessi in eccesso	Eccesso (% base)
Londra	4.140	12.200	8.030	194
Est	4.840	9.510	4.670	97
Nord Ovest	5.960	12.400	6.390	107
Sud-ovest	4.720	7.600	2.880	61
Sud-Est	6.840	12.800	5.980	87
Nord-Est (e Yorkshire)	6.610	12.300	5.730	87

Terre centrali	8.310	16.700	8.390	101
Inghilterra	41.400	83.500	42.100	102
Regno Unito (e Galles)	44.300	88.100	43.800	99

Tabella 2: Eccesso di mortalità nelle regioni del Regno Unito, aprile 2020.

Si noti che le statistiche del Regno Unito sono rappresentate principalmente da quelle dell'Inghilterra (e del Galles), che a volte viene genericamente definita, nelle discussioni che seguono, come Regno Unito. Le sette regioni nella Tabella 2 sono geograficamente

identificati nella Figura 4, dove sono raggruppati in quattro regioni principali.

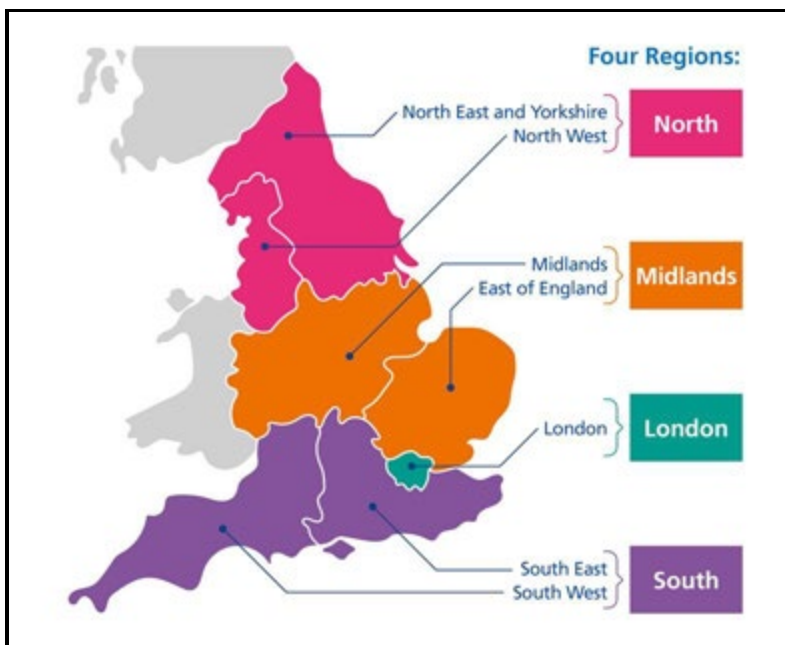


Figura 4: Dati delle regioni del Regno Unito dell'ONS.

Non sorprende che la piccola area di Londra abbia registrato uno dei tassi di eccesso di mortalità più elevati; meno atteso è il quasi triplicarsi (3 volte) della mortalità per tutte le cause rispetto al valore di riferimento, con un eccesso di mortalità del 194%. Anche tutte le altre regioni hanno registrato tassi di eccesso di mortalità molto elevati, con la regione del Sud-Ovest che ha registrato il tasso più basso, pari al 61%, dato comunque altamente significativo dal punto di vista statistico.

Se il COVID-19 fosse la spiegazione comunemente accettata per i dati di aprile 2020, allora l'ampia diffusione geografica di un elevato eccesso di decessi in tutte le regioni in un periodo di tempo molto breve richiederebbe che il virus SARS-CoV-2 si trasmettesse molto rapidamente e fosse allo stesso tempo molto letale, il che è biologicamente improbabile. L'anomalia nei dati contraddice l'ipotesi del COVID-19 e l'infondata credenza popolare secondo cui la maggior parte degli anziani deceduti precocemente fosse la prova che gli anziani fossero particolarmente vulnerabili al COVID-19, il che era improbabile, non essendo prevalente.

In conclusione, l'anomalia dei dati del Regno Unito di aprile 2020, in cui i dati sui casi e sui decessi di COVID sono incoerenti, molto probabilmente indicava che l'enorme picco di decessi potrebbe non essere stato dovuto al virus SARS-CoV-2. Questa possibile attribuzione errata al COVID-19 è stata confermata dall'Agenzia per la sicurezza sanitaria del Regno Unito [15], menzionata in precedenza, che ha dichiarato che al 19 marzo 2020, il COVID-19 era

Non una "malattia infettiva ad alto rischio". Pertanto, questa anomalia nei dati lascia ancora da spiegare l'enorme impennata di decessi in eccesso non correlati al COVID, prima che la vaccinazione di massa o altri fattori fossero disponibili, come discusso di seguito.

Anomalia di gennaio 2021

Un'anomalia simile si è verificata nel gennaio 2021, suggerendo anche una classificazione errata dei decessi non correlati al COVID in decessi dovuti al COVID. In altre parole, individui non vaccinati deceduti per cause non correlate al COVID potrebbero essere stati classificati erroneamente come decessi dovuti al COVID. Questo tipo di errore nei dati si è verificato nella storia dei dati del Regno Unito, come scrisse Alfred Wallace [10] (p. 28, p. 30) a proposito del vaiolo:

"...mentre l'altro risultato, di unun tasso di mortalità notevolmente aumentato tra i non vaccinati, così esattamente bilanciato da una presunta mortalità notevolmente diminuita tra i vaccinati, non è spiegabile,...le due categorie di fatti prese insieme rendono quindi quasi certo che la vaccinazione non ha mai salvato una sola vita umana."

Enfasi aggiunta. Vale a dire, durante l'epidemia di vaiolo della seconda metà del XIX secolo, la giustificazione della vaccinazione obbligatoria contro il vaiolo nel Regno Unito era dovuta allo stesso tipo di errore nei dati, ovvero la confusione tra vaccinati e non vaccinati, come nel 2020. Il probabile

la confusione tra i decessi dovuti al COVID e i decessi in eccesso non dovuti al COVID [11,14] nel gennaio 2021 è evidente anche nella Figura 5.

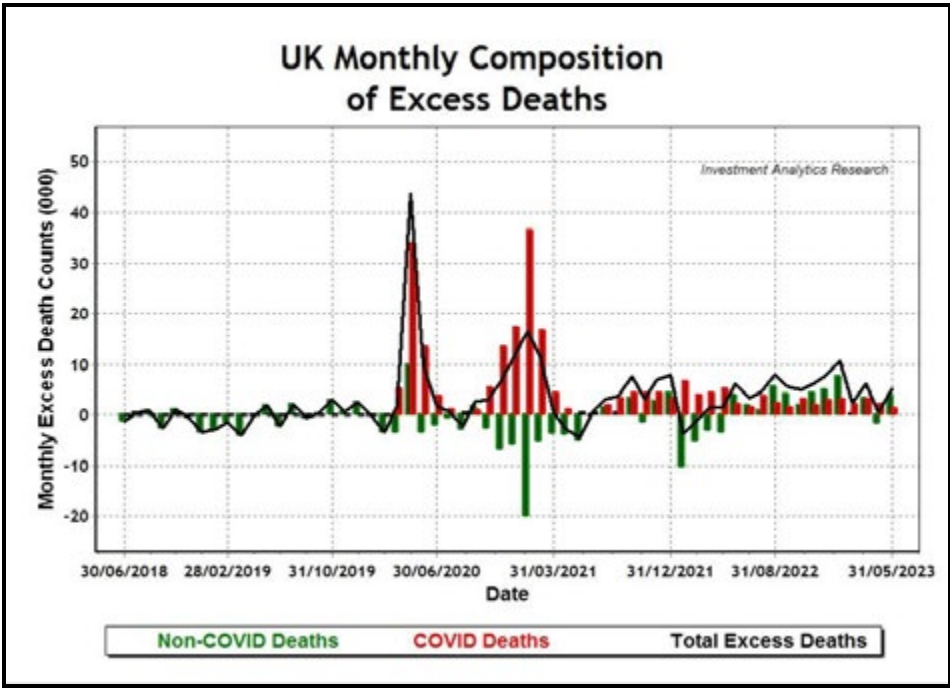


Figura 5:Composizione mensile dei decessi in eccesso nel Regno Unito.

Con i dati COVID del 2020, parafrasando le osservazioni di Alfred Wallace sui dati del vaiolo nel Regno Unito 150 anni fa [10], osserviamo per la pandemia del Regno Unito nel gennaio 2021: *...un tasso di mortalità notevolmente aumentato nel**Decessi per covid**così esattamente bilanciato da una presunta mortalità notevolmente diminuita in**decessi non COVID** non è spiegabile...*

Le parole in grassetto sono state sostituite nella citazione di Alfred Wallace [10] riportata sopra. Perché si è verificato un picco nei decessi per COVID e un calo compensatorio nei decessi non-COVID? Il picco nei decessi per COVID a gennaio 2021 è stato leggermente superiore a quello di aprile 2020, ma era incoerente con il totale dei decessi in eccesso che erano sostanzialmente inferiori a gennaio 2021 rispetto al primo

picco nell'aprile 2020. Ciò significa che, affinché i numeri coincidessero, i decessi non dovuti al COVID dovevano scendere notevolmente al di sotto delle aspettative, il che è inspiegabile.

A gennaio 2021, i nuovi casi di COVID erano ancora relativamente troppo deboli per spiegare l'impennata dei decessi per COVID e non vi era alcuna ragione apparente per il crollo dei decessi non-COVID. I dati apparentemente non erano spiegabili, il che suggerisce errori nella registrazione dei decessi per COVID, che sono una chiara prova a conferma dell'inaffidabilità dei dati COVID in generale [5, 6].

Per analizzare la confusione tra i dati sui decessi dovuti al COVID e quelli sui decessi non dovuti al COVID, riassumiamo i dati nella Figura 4 con la Tabella 3.

	COVID 19	Non COVID	Eccesso totale
Marzo-Dicembre 2020	95.000	(15.700)	79.300
2021	81.000	(26.800)	54.200
2022	39.300	5.770	45.100
Gennaio-Maggio 2023	11.500	13.600	25.100
Marzo 2020-Maggio 2023	227.000	(23.100)	204.000

Tabella 3:Scomposizione dei decessi in eccesso nel Regno Unito.

Evidentemente (colonne 2 e 4), sia i decessi dovuti al COVID-19 che i decessi in eccesso totali sono diminuiti annualmente dal 2020 al 2022, ma i decessi non dovuti al COVID sono aumentati in generale, fatta eccezione per il 2021 a causa della strana anomalia di gennaio 2021, quando si è registrato un crollo di 26.800 decessi in eccesso non dovuti al COVID (vedere la cella gialla nella terza colonna).

era inspiegabile. L'impennata dei presunti decessi per COVID, pari a quella registrata nell'aprile 2020, avrebbe opportunamente convinto l'opinione pubblica ad accettare la vaccinazione, proprio mentre veniva avviata nel gennaio 2021.

Ormai dovrebbe essere noto che i dati sui casi e sui decessi di COVID sono inaffidabili, perché si basano su test PCR imperfetti che non rilevano in modo affidabile la presenza del virus SARS-CoV-2 e spesso producono falsi positivi. Questa falla fondamentale ha facilitato l'attribuzione incoerente dei casi e dei decessi di COVID. In conclusione, nel 2020 e all'inizio del 2021, i picchi di decessi per COVID nel Regno Unito sono stati probabilmente dovuti a una classificazione errata dei decessi non COVID, il che solleva la domanda: cosa ha causato i picchi di decessi non COVID all'inizio della pandemia? Se l'inizio della pandemia nel Regno Unito non è stato in gran parte correlato al virus SARS-CoV-2, a cosa è stato correlato?

Vaccinazione e decessi in eccesso

Prima di affrontare l'enigma dei decessi in eccesso nel 2020, considerate

La spiegazione australiana della causalità vaccinale [1,2]. Si prevedeva che la vaccinazione di massa, raggiungendo l'immunità di gregge nella popolazione, avrebbe posto fine alla pandemia nel Regno Unito, ma ciò non è accaduto. Al contrario, i decessi per COVID e i decessi in eccesso non correlati al COVID sono rimasti elevati. In Australia, è stato dimostrato che i decessi in eccesso dal 2021 sono stati probabilmente causati dalle iniezioni di COVID, dove i decessi si sono verificati in modo coerente e prevedibile dopo le iniezioni cinque mesi dopo [1,2]. In media, normalmente ci vuole un po' di tempo in un processo a più fasi affinché le iniezioni causino la generazione di anticorpi in risposta alla produzione cellulare antigenica di proteine spike tossiche, potenzialmente patogene e potenzialmente letali. La corrispondente relazione tra iniezioni di COVID e decessi in eccesso ritardati di cinque mesi per i dati del Regno Unito è mostrata nella Figura 6.

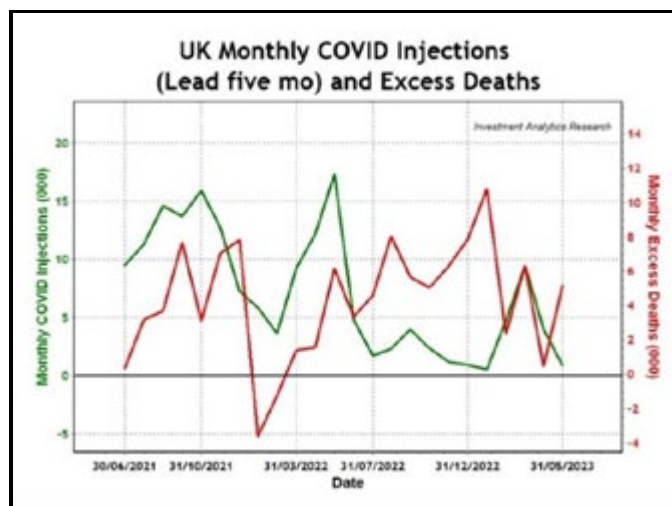


Figura 6: Iniezioni mensili di COVID nel Regno Unito (primi cinque mesi) e decessi in eccesso.

Sono state riscontrate chiare correlazioni positive in periodi selezionati (ad esempio, prima metà del 2022), ma l'intero set di dati, senza bias di selezione, mostra una correlazione negativa del -12%, ma la relazione non è statisticamente significativa con un *valore p* di 0,587. Pertanto, la relazione causale osservata in Australia, secondo cui le iniezioni di COVID sono fonte di danno, non può essere stabilita in modo analogo per il Regno Unito. D'altra parte, questi dati non mostrano alcuna indicazione che la vaccinazione abbia avuto effetti benefici sull'eccesso di decessi nel Regno Unito.

Ulteriori indagini statistiche sullo spettro di correlazione, con diversi anticipi e ritardi delle due serie temporali, non hanno prodotto relazioni significative, suggerendo l'assenza di una causalità rilevabile. Pertanto, statisticamente, l'impatto poco chiaro delle iniezioni di COVID sull'eccesso di decessi nel Regno Unito rimane un enigma, e l'intera pandemia britannica è rimasta un mistero statistico.

Midazolam e decessi in eccesso

Il raddoppio della mortalità per tutte le cause nell'aprile 2020 era difficilmente spiegabile con il virus SARS-CoV-2, perché a quel tempo i livelli di infezione erano bassi e la letalità del virus SARS-CoV-2 era bassa [15]. Questo enigma nell'aprile 2020 e l'enigma della mancanza di relazioni statistiche tra l'eccesso di decessi e le iniezioni di COVID più avanti nella pandemia, suggeriscono che sono necessarie spiegazioni alternative per la pandemia del Regno Unito.

Nel 2020, poiché la maggior parte dei trattamenti medici per l'infezione da COVID-19, come ivermectina, idrossiclorochina, ecc., erano vietati o non raccomandati in molti paesi, ad eccezione di alcuni medicinali come il remdesivir negli Stati Uniti e il midazolam nel Regno Unito, abbiamo indagato il possibile ruolo del midazolam nella pandemia del Regno Unito.

Il midazolam è una benzodiazepina che potenzia gli effetti dell'acido gamma-amminobutirrico (GABA), un inibitore naturale dell'attività cerebrale. Il midazolam è presente nell'elenco dei farmaci essenziali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) [21] per la sedazione preoperatoria a breve termine, per le cure palliative e per le malattie del sistema nervoso. Per ciascuna funzione, di solito esistono diverse altre alternative farmaceutiche; ad esempio, per la sedazione e le cure palliative, le alternative nel Regno Unito includono Lorazepam e Diazepam [21,22].

Usato per via orale, il Midazolam non è normalmente letale per le persone sane. Tuttavia, somministrato per via endovenosa in dosi elevate e continuative, spesso in associazione con oppioidi, ad anziani con comorbidità, in particolare a coloro che sono malati terminali, potrebbe essere letale. Secondo la National Library of Medicine degli Stati Uniti [23]: "L'iniezione di midazolam può causare problemi respiratori gravi o potenzialmente letali, come respirazione superficiale, rallentata o temporaneamente interrotta, che può portare a lesioni cerebrali permanenti o alla morte. Il midazolam viene utilizzato nelle esecuzioni negli Stati Uniti.

Da uno studio osservazionale [24] condotto in un ospedale francese, 60 mg potrebbero causare la morte in 24 ore e a quel ritmo pochi sopravvivono più di cinque giorni, e in quell'ospedale solo un terzo delle 54 sedazioni palliative aveva il consenso del paziente, suggerendo sia l'eutanasia volontaria che quella non volontaria che saranno discusse di seguito.

Il possibile uso diffuso del Midazolam nella pandemia

è stato suggerito in anticipo da aneddoti di direttori di pompe funebri del Regno Unito [18] e più recentemente da osservazioni statistiche [19]. Infatti, il Bennett Institute for Applied Data Science pubblica un dataset di prescrizione inglese grezzo [20], che include, per regioni inglesi (come mostrato nella Tabella 2 sopra), prescrizioni di fiale di soluzione iniettabile di Midazolam 10 mg/2 ml, come mostrato nella Figura 7.

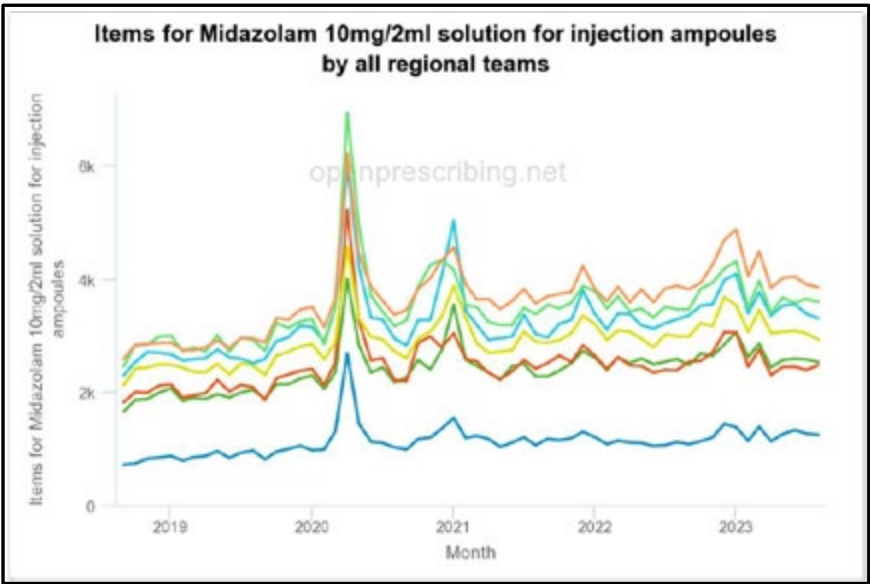


Figura 7:Articoli per fiale di soluzione iniettabile di Midazolam 10 mg/2 ml per tutte le regioni.

Come osservato in diversi post di blog su Internet [19], le dosi di iniezioni di Midazolam mostrano una correlazione visivamente notevole con l'eccesso di decessi per il Regno Unito. Nella Figura 8, l'eccesso di decessi per vari

le regioni dell'Inghilterra sono state calcolate individualmente e si è tentato di abbinarne i colori alla Figura 7.

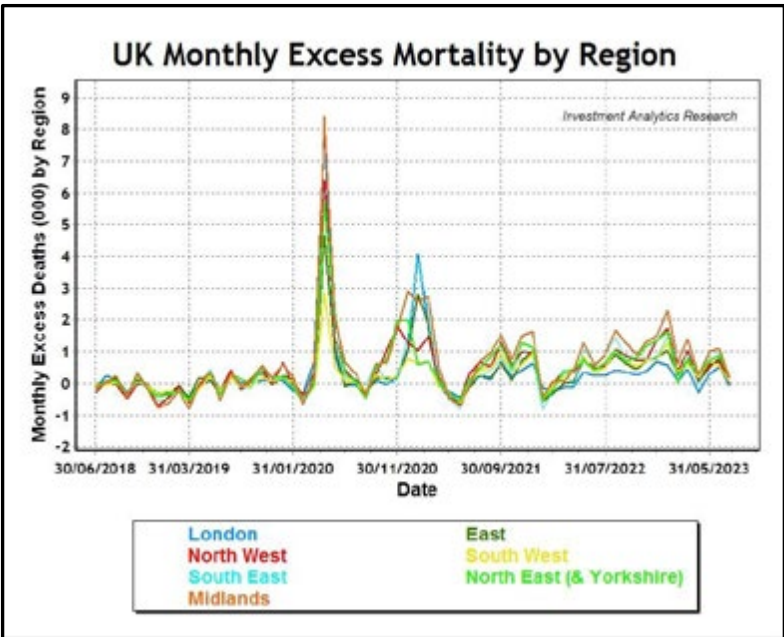


Figura 8:Eccesso di mortalità mensile nel Regno Unito per regione.

Visivamente, le Figure 7 e 8 suggeriscono un'elevata correlazione tra le iniezioni di Midazolam e l'eccesso di decessi in tutte le regioni dell'Inghilterra. La Figura 8 mostra anche dati numerici regionali simili.

distribuzione dei decessi in eccesso, in particolare nell'aprile 2020, come se si trattasse di un'allocazione deliberata.

Correlazione del midazolam

Aggregando le regioni inglesi, la relazione delle serie temporali

tra le iniezioni di Midazolam e l'eccesso di decessi in Inghilterra è illustrato nella Figura 9.

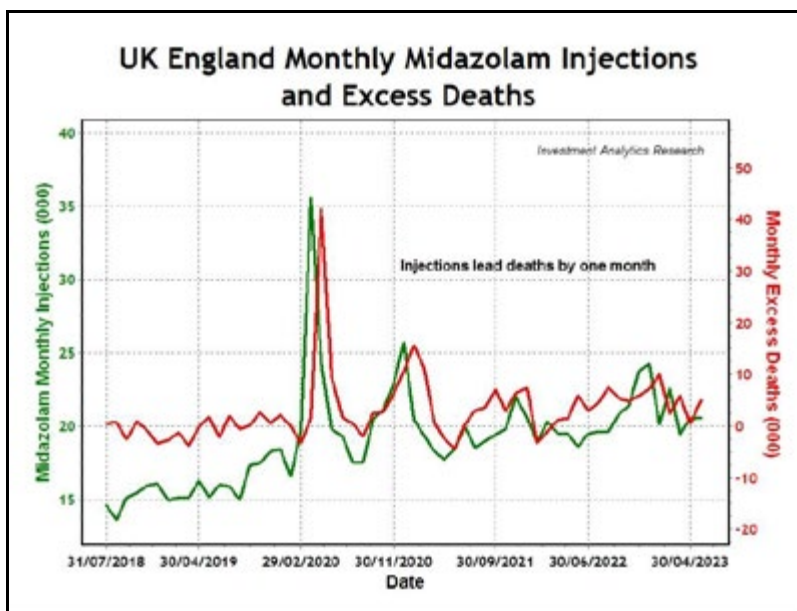


Figura 9: Iniezioni mensili di midazolam nel Regno Unito e decessi in eccesso

Chiaramente, le iniezioni di Midazolam e i decessi in eccesso in Inghilterra sono altamente correlati, ma non sincronicamente, perché il farmaco generalmente non ha un impatto immediato e anche la segnalazione di

I dosaggi utilizzati e la registrazione dei decessi potrebbero essere in ritardo. Spostando la serie temporale delle iniezioni di Midazolam di un mese in avanti, si osserva una correlazione molto elevata nella Figura 10.

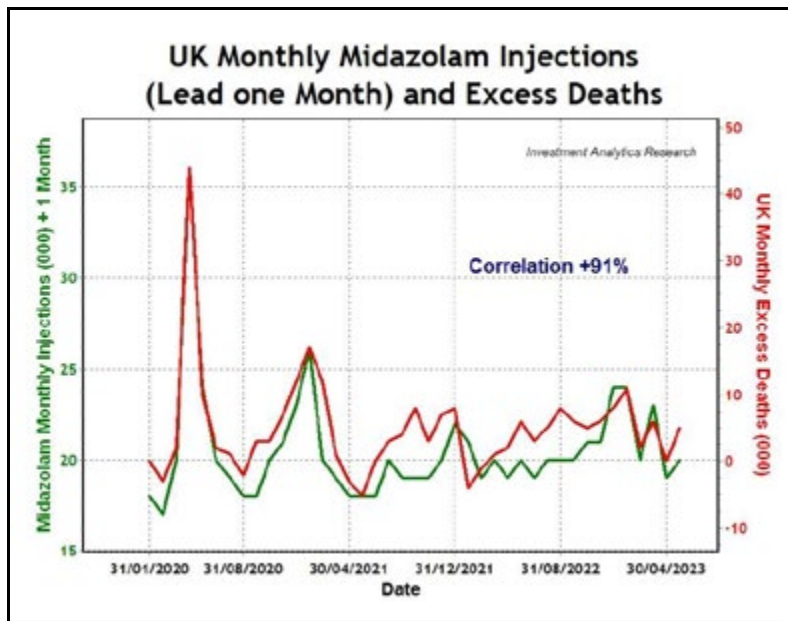


Figura 10: Iniezioni mensili di midazolam nel Regno Unito (piombo un mese) e decessi in eccesso.

L'altissima correlazione (coefficiente del 91%) tra i decessi in eccesso registrati un mese dopo le iniezioni di Midazolam è dovuta in gran parte ai primi due enormi picchi registrati all'inizio del 2021. Da aprile 2021 a maggio 2023, la stessa correlazione è scesa al 59%.

per cento, ma comunque statisticamente significativo con *valore p* a 0,0007. L'errata classificazione dei decessi per COVID, probabilmente deliberata, ha portato anche alla loro elevata correlazione con le iniezioni di Midazolam, come si vede nella Figura 11.

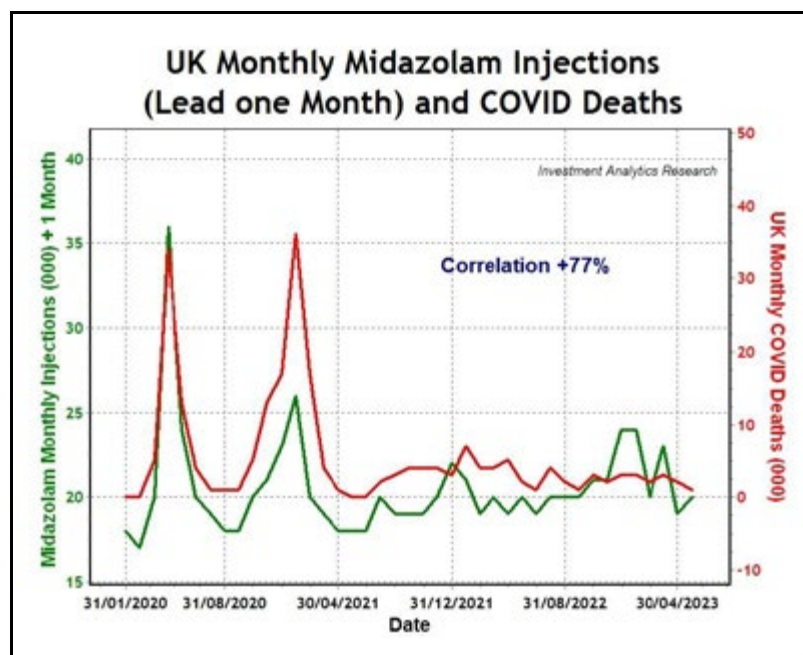


Figura 11: Iniezioni mensili di midazolam nel Regno Unito (primo mese) e decessi per COVID.

L'elevata correlazione (77%) tra i decessi per COVID ritardati di un mese dopo le iniezioni di Midazolam è dovuta in gran parte ai primi due enormi picchi registrati all'inizio del 2021. Da aprile 2021 in poi a maggio 2023, non si è registrata alcuna correlazione significativa (con ritardi), il che implica che il Midazolam non abbia alcuna relazione statistica con i decessi per COVID, suggerendo un cambiamento nella politica di assegnazione.

La differenza temporale tra la causa del midazolam e l'effetto dell'eccesso di decessi è stata costantemente di un mese per l'intera pandemia dal 2020, a indicare l'uso palliativo per la morte assistita o altre forme di eutanasia. Il midazolam è stato la causa prossima, se non la principale, dell'eccesso di decessi nel Regno Unito. Statisticamente, le correlazioni migliorano sostanzialmente quando le iniezioni di midazolam anticipano l'eccesso di decessi di un mese per tutte le regioni dell'Inghilterra, come illustrato nella Figura 12.

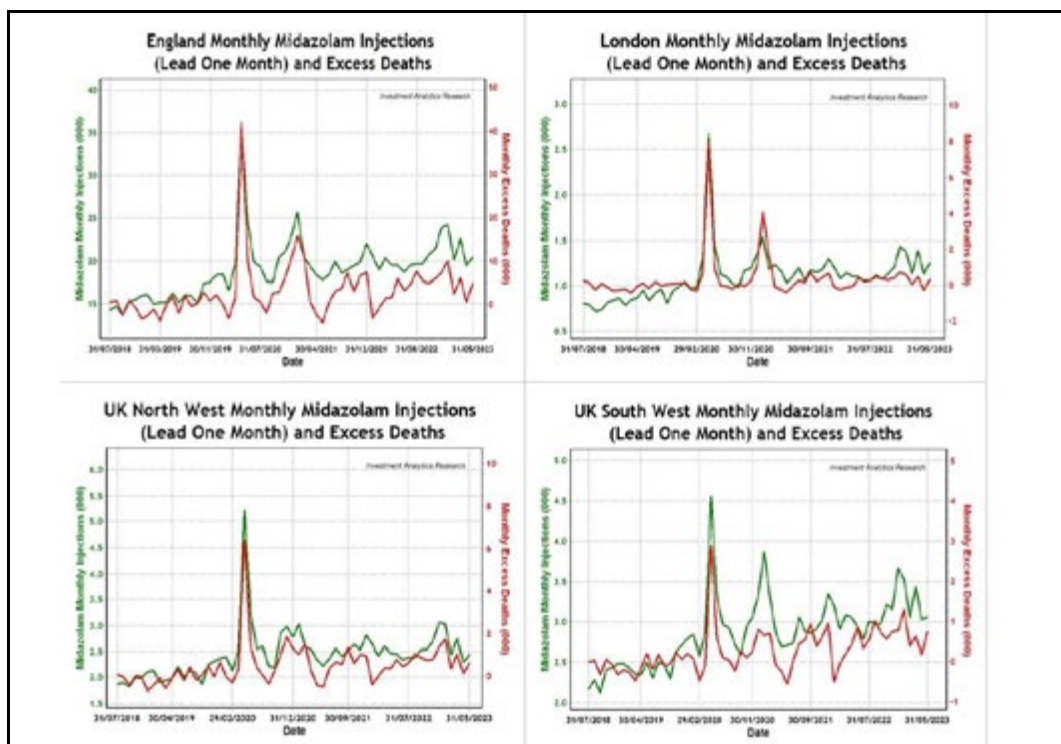


Figura 12: Le iniezioni di midazolam causano un eccesso di decessi (in un mese) in tutte le regioni dell'Inghilterra.

Nel resto di questo articolo, salvo diversa indicazione, le correlazioni tra iniezioni di Midazolam e decessi in eccesso implicano che siano stati applicati ritardi di un mese ai decessi in eccesso. Prima della pandemia, le correlazioni erano per lo più moderate, con bassa significatività statistica.

Midazolam nel picco di mortalità del 2020

Lo straordinario picco di decessi nell'aprile 2020 causato dal Midazolam ha attirato un'attenzione sproporzionatamente scarsa. La Tabella 4 mostra che in quel mese 35.600 dosi di Midazolam sono state associate a 42.000 decessi in eccesso, il che equivale praticamente a una media di una dose per decesso.

Regione	Dosi di midazolam	Decessi in eccesso	Dose per morte (Rango)	Eccesso % Baseline (rango)
Londra	2.680	8.030	0,33 (7)	194 (1)
Est	3.990	4.680	0,85 (4)	96,6 (4)
Nord Ovest	5.210	6.390	0,82 (5)	107 (2)
Sud-ovest	4.560	2.880	1,58 (1)	61 (7)
Sud-Est	6.000	5.980	1 (3)	87,4 (5)
Nord-Est (e Yorkshire)	6.920	5.730	1.21 (2)	86,6 (6)
Terre centrali	6.210	8.390	0,74 (6)	101 (3)

Tabella 4: Iniezioni di midazolam e decessi in eccesso a livello regionale per marzo/aprile 2020.

Rispetto ai valori di riferimento regionali calcolati sulle medie mensili del periodo 2015-2019 (vedi Tabella 2), la regione di Londra aveva triplicato (del 300%) la mortalità prevista per tutte le cause, mentre la maggior parte delle altre regioni aveva circa raddoppiato (del 200%) la rispettiva mortalità prevista per tutte le cause. Era improbabile che decessi così rapidi, concentrati temporalmente e uniformemente distribuiti in tutta l'Inghilterra fossero causati naturalmente da una malattia infettiva.

In effetti, le relazioni tra dose di Midazolam e mortalità erano molto simili in tutte le regioni, il che rafforza ulteriormente il presunto ruolo del Midazolam in una politica sistemica di eutanasia nel Regno Unito.

Alcune regioni come Londra, East, North West e Midlands hanno registrato meno di una dose per decesso in eccesso, il che suggerisce che il Midazolam non sia stato applicato uniformemente in tutti i casi e che non sia stato l'unico sedativo utilizzato nell'eutanasia, in particolare nella regione di Londra. Ad esempio, insieme a molti altri farmaci, il cloridrato di levomepromazina, che è un sedativo e un

farmaco antipsicotico, ha avuto un aumento del suo utilizzo anche nel Regno Unito [25] più o meno nello stesso periodo.

Un'altra possibile ragione per cui la regione di Londra ha registrato un eccesso di decessi relativamente elevato rispetto alle dosi registrate di Midazolam potrebbe essere dovuta a un bias di selezione da parte dei pazienti malati. È possibile che molti pazienti malati provenienti da altre regioni abbiano cercato cure specialistiche presso i principali ospedali e cliniche londinesi, che potrebbero dover utilizzare altri sedativi a causa delle scorte limitate di Midazolam. Le statistiche anomale di Londra potrebbero essere un altro esempio del paradosso di Simpson, in cui una sottopopolazione potrebbe presentare fattori confondenti, tra cui un bias di selezione, violando una proprietà statistica valida solo per l'intera popolazione o per altre sottopopolazioni.

Midazolam nella pandemia

L'uso deliberato di Midazolam durante la pandemia di COVID-19, che ha causato decessi, può essere osservato in un uso più normale di Midazolam prima della pandemia nel 2020, come riportato nella Tabella 5 di seguito.

Regione	Giugno pre-pandemico Correlazione 1918-2020 % (valore p)	Pandemia dal 2020 Correlazione %	Pre-vaccinazione 2020 Correlazione %	Post-pandemico vaccinazione Correlazione %
Londra	33 (0,09)	92	99	66
Est	25 (0,16)	89	99	75
Nord Ovest	48 (0,02)	92	98	62
Sud-ovest	51 (0,01)	77	97	48
Sud-Est	39 (0,06)	87	96	74
Nord Est (& Yorkshire)	49 (0,02)	91	98	57
Terre centrali	60 (0)	88	98	63
Inghilterra	48 (0,02)	91	98	70

Tabella 5: Correlazione tra iniezioni di midazolam e decessi regionali in eccesso (valori $p < 0,001$ o zero a meno che non sia specificato intra parentesi).

Mentre le correlazioni pre-pandemiche (seconda colonna) tra iniezioni di Midazolam e decessi in eccesso sono statisticamente significative per $p < 0,05$, per il Nord Ovest, il Sud Ovest, il Nord Est (e lo Yorkshire) e le Midlands, il coefficiente di correlazione per l'intera Inghilterra era solo del 48 per cento.

Nel 2020, il coefficiente di correlazione (quarta colonna) per l'intera Inghilterra è salito al 98%, lasciando pochi dubbi sul ruolo del Midazolam nell'eccesso di decessi nel Regno Unito nel 2020. Il coefficiente di correlazione complessivo (terza colonna) per l'intera pandemia è stato del 91%, con un contributo sostanziale dei dati del 2020. È importante sottolineare che, anche dopo il 2020, nell'era della vaccinazione, il coefficiente di correlazione (ultima colonna) era ancora altamente significativo dal punto di vista statistico, al 70%. Indipendentemente da altri fattori, come la malattia da COVID-19 e la vaccinazione, il Midazolam è stato un importante fattore confondente nello spiegare l'eccesso di decessi, in competizione con altri possibili fattori. I principali criteri di causalità medica di Bradford Hill sono stati soddisfatti con una forte correlazione, coerenza nel tempo e nella geografia, specificità dell'effetto e temporalità coerente del ritardo di un mese nell'eccesso di decessi dopo le iniezioni di Midazolam. Altri aspetti di Bradford Hill, come il gradiente biologico o la dose-

Le relazioni di risposta derivano naturalmente dall'esame della farmacologia del Midazolam.

In sintesi, il midazolam è stato fortemente associato causalmente all'eccesso di decessi nel Regno Unito, in particolare nel 2020. È stato chiaramente la causa prossima dell'eccesso di mortalità nel Regno Unito, ma è improbabile che sia stato la causa primaria nella catena di causalità dei decessi, poiché il midazolam è stato utilizzato principalmente per il suicidio accelerato o assistito nell'eutanasia, spesso per alleviare possibili sofferenze nei protocolli di fine vita. Il ruolo del midazolam, in base alla sua attività farmacologica, è circoscritto nelle linee guida di politica sanitaria.

Gradiente biologico

Chiaramente, la stretta correlazione tra l'eccesso di decessi nel Regno Unito a seguito di iniezioni di Midazolam suggerisce un significativo coinvolgimento dei sedativi con l'eutanasia nella pandemia britannica. Una politica sistemica di eutanasia può essere evidente dalla farmacologia del Midazolam applicata nel tempo e nelle diverse regioni durante la pandemia. La Figura 13 mostra le relazioni dose-risposta per l'Inghilterra in tre periodi distinti.

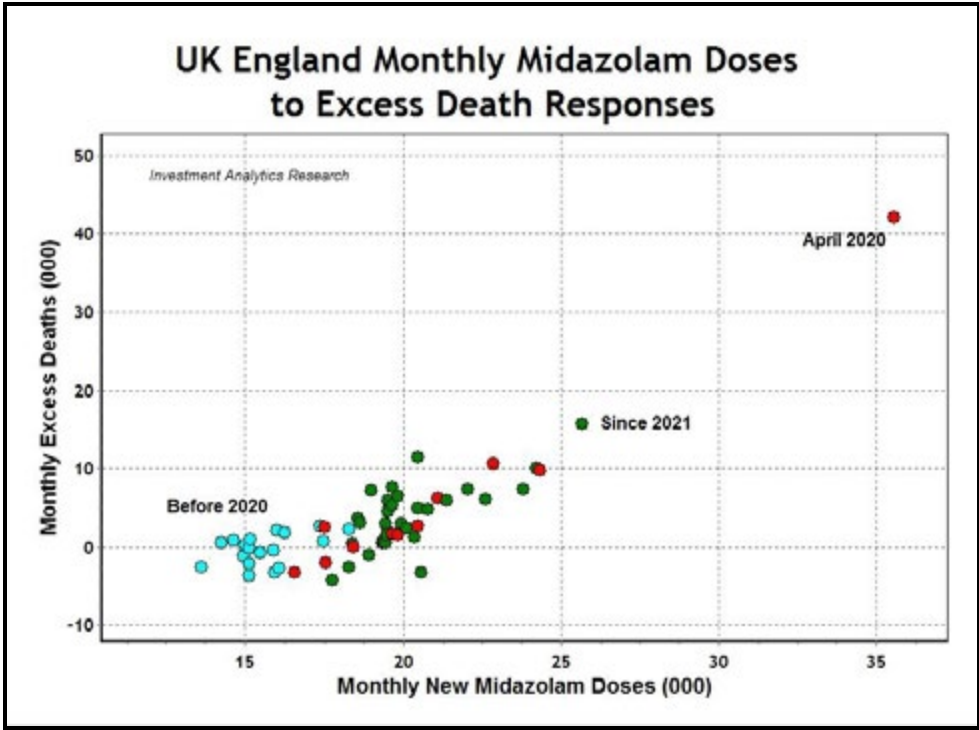


Figura 13: Regno Unito, Inghilterra: dosi mensili di Midazolam per ridurre i decessi in eccesso.

I punti dati in acqua si riferiscono al periodo pre-pandemico da luglio 2018 al 2020, i punti in rosso si riferiscono al 2020, il primo periodo pandemico prima della vaccinazione di massa, mentre i punti dati in verde si riferiscono

al periodo pandemico successivo alla vaccinazione. Le statistiche delle relazioni dose-risposta nei tre periodi distinti sono riportate nella Tabella 5.

Periodo	Campione	Intercetta (000)	Pendenza	Correlazione (%)	valore p
Pre-pandemia al 2020	18	- 12.9	0,803	47	0,0465
Pre-vaccinazione 2020	12	- 43.6	2.35	98	0
Dal 2021 a maggio 2023	29	- 29,9	1.67	70	0

Tabella 5: Regressione delle iniezioni di midazolam e dei decessi in eccesso (Inghilterra: tre periodi fino a maggio 2023).

Nel picco di aprile 2020, 35.000 dosi di Midazolam sono state associate a 38.700 decessi in eccesso. L'analisi statistica mostra che in Inghilterra, prima della pandemia, la relazione dose-risposta tra iniezioni di Midazolam e decessi in eccesso era debole e solo marginalmente significativa. Nel 2020, prima della pandemia, vaccinazione, l'impatto delle iniezioni di Midazolam è stato molto forte e statisticamente altamente significativo, mentre l'impatto del Midazolam si è poi moderato senza dubbio a causa dell'influenza concorrente della vaccinazione, ma è rimasto statisticamente altamente significativo.

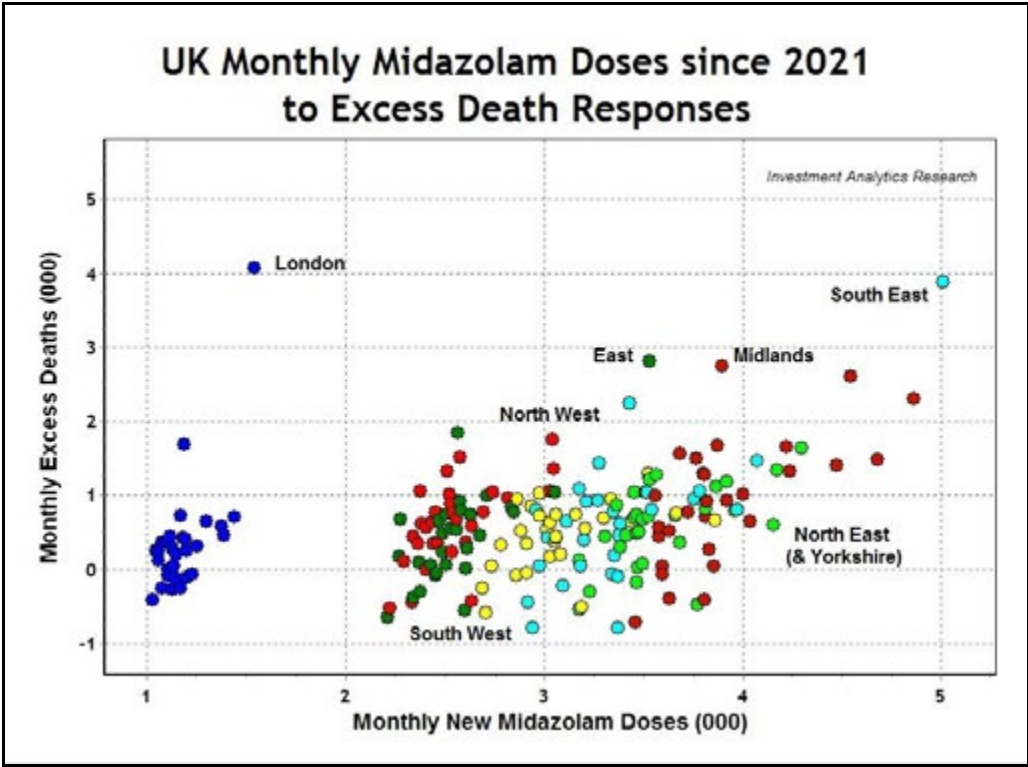


Figura 14: Regno Unito, Inghilterra: dosi mensili di Midazolam dal 2021 alle risposte in caso di eccesso di decessi.

Si noti che la regione di Londra è un caso anomalo statistico nell'uso del Midazolam, suggerendo l'uso aggiuntivo di altri farmaci simili sedativi che potrebbero essere addirittura più potenti del Midazolam per l'eutanasia, come suggerito dai confronti nella Tabella 6.

Regione	Intercettare	Pendenza	Correlazione (%)	valore p
Londra	- 4.81	4.39	66	0,0001
Est	- 4.76	2.03	75	0
Nord Ovest	- 3.43	1.59	62	0,0004
Sud-ovest	- 1,94	0,776	48	0,0078
Sud-Est	- 4.73	1.59	74	0
Nord-Est (e Yorkshire)	- 3.30	0,669	57	0,0012
Terre centrali	- 5.08	1.54	63	0,0002

Tabella 6: Regressione delle iniezioni di midazolam e dei decessi in eccesso a livello regionale (dopo la vaccinazione di massa dal 2021).

Si noti che tutte le sottopopolazioni regionali presentano correlazioni costantemente positive, evitando il paradosso di Simpson e suggerendo l'assenza di fattori confondenti significativi nelle relazioni statistiche. Vale a dire, sebbene i dettagli matematici delle regressioni possano differire quantitativamente (a causa di altri fattori confondenti minori), prevale la conclusione definitiva che le iniezioni di midazolam hanno un impatto causale significativo sull'eccesso di decessi in Inghilterra.

Eutanasia pandemica

Con le fosche previsioni dei modelli computerizzati SAGE all'inizio del 2020, nel Regno Unito ha prevalso un'atmosfera di panico. Dopo 30 anni di tagli [26], i posti letto ospedalieri del NHS in Inghilterra sono stati dimezzati da 299.000 nel 1987/88 a 141.000 nel 2019/20. La carenza di posti letto ospedalieri

I posti letto erano già disponibili prima della pandemia. Pertanto, si temeva che gli ospedali del Regno Unito non potessero far fronte al previsto aumento dei casi di COVID-19.

È chiaro che la massima priorità della politica sanitaria pubblica del Regno Unito, all'inizio della pandemia, era quella di evitare che gli ospedali fossero sovraffollati, come quelli clamorosamente segnalati nel nord Italia in quel periodo. Il Servizio Sanitario Nazionale ha creato nuove linee guida nel marzo 2020 [27] per facilitare le dimissioni dagli ospedali, affermando *"I pazienti non devono rimanere in un letto del SSN, a meno che non sia necessario il ricovero ospedaliero (vedere Allegato B).*

In una mossa che in seguito fu giudicata irrazionale [28], molti anziani furono dimessi dagli ospedali e morirono nelle case di cura in tutta l'Inghilterra, come mostrato da un rapporto dell'ONS [29] nella Figura 15.

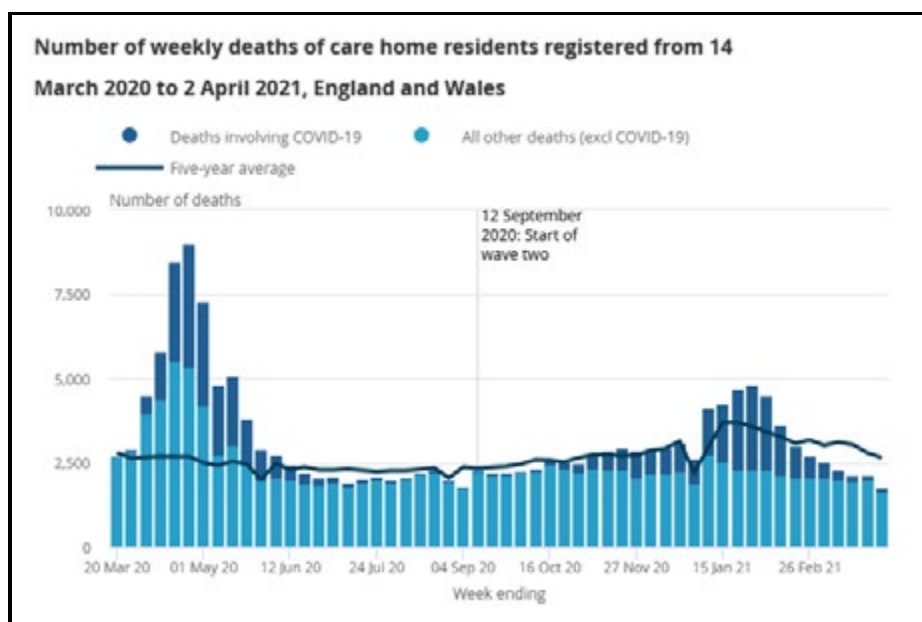


Figura 15: Numero di decessi settimanali di residenti di case di cura registrati dal 14 marzo 2020 al 2 aprile, Inghilterra e Galles.

Circa 28.000 residenti in case di cura sono deceduti nell'aprile 2020 in tutta l'Inghilterra, pari a circa un terzo, pari al 33,5%, di tutti i decessi in Inghilterra. Poiché su una popolazione inglese di 65 milioni di abitanti, gli ospiti delle case di cura erano circa 375.000 (tre quarti anziani, alcuni affetti da demenza e il resto disabili), i tassi di mortalità per quel mese erano rispettivamente del 7,5% e dello 0,128%. Il che implica un tasso di mortalità nelle case di cura nell'aprile 2020 circa sessanta volte (X60) superiore alla media nazionale.

Molti anziani del Regno Unito con comorbidità o malattie terminali sono morti con l'eutanasia nelle case di cura, e non di COVID-19 a causa di pochi casi di infezioni all'inizio del 2020. La relativa assenza di infezioni da COVID è stata corroborata dagli ospedali in gran parte vuoti all'inizio del 2020 [30], poiché il picco esagerato di ricoveri per COVID non si è mai verificato. Anche gli ospedali temporanei "Nightingale" costruiti per l'emergenza prevista erano vuoti [31]. Le circostanze dell'eutanasia hanno portato al primo errore comune secondo cui gli anziani erano particolarmente vulnerabili al COVID, mentre gli anziani erano vulnerabili all'assistenza sanitaria del Regno Unito.

sistema che facilitava l'eutanasia nelle case di cura [32]. Un improvviso aumento della morte assistita volontaria era improbabile, ma l'entità dell'eutanasia non volontaria, che suggerisce un geronticidio iatrogeno nel Regno Unito, non è stata stimata.

Un secondo errore deriva dal fatto che, rispetto all'enorme picco del 2020, dopo il 2021 si sono verificati meno decessi di anziani grazie alla vaccinazione di massa, il che ha portato alla falsa conclusione che la vaccinazione avesse salvato molte vite di anziani, mentre le iniezioni di Midazolam e altri farmaci sono stati significativamente ridotti dopo il 2020. Il beneficio della vaccinazione per gli anziani era illusorio, ma anche le prove statistiche che la vaccinazione causasse decessi erano illusorie, a causa di dati fuorvianti, come mostrato sopra nella sezione contenente la Figura 5.

Politica del Regno Unito sull'eutanasia

Nelle sue definizioni, il Servizio Sanitario Nazionale del Regno Unito (NHS) [33] afferma *"L'eutanasia è l'atto di porre fine deliberatamente alla vita di una persona per alleviare la sofferenza" e "A seconda delle circostanze, l'eutanasia è considerata omicidio colposo o omicidio volontario.*

la pena massima è l'ergastolo. Anche il suicidio assistito è illegale ai sensi del Suicide Act (1961) ed è punibile con una pena detentiva fino a 14 anni, mentre il suicidio in sé non è un reato. L'analisi dei dati sopra riportata ha chiaramente mostrato che la maggior parte dell'eccesso di mortalità nel Regno Unito durante la pandemia è stata associata all'uso di Midazolam per l'eutanasia degli anziani, su scala diffusa e apparentemente coordinata. Come è stato possibile quando l'eutanasia era ancora rigorosamente illegale nel Regno Unito?

Nuove linee guida sono state rapidamente sviluppate all'inizio del 2020 dal National Institute for Health and Care Excellence (NICE) per la gestione dei sintomi del COVID-19, compresi quelli alla fine della vita [22]. Le nuove linee guida sviluppate rapidamente hanno effettivamente aperto la porta all'implementazione di una politica di eutanasia nel Regno Unito durante la pandemia:

Il NICE ha sviluppato queste raccomandazioni in risposta diretta alla rapida evoluzione della situazione e pertanto non ha potuto seguire il processo standard per lo sviluppo delle linee guida. Le linee guida sono state sviluppate utilizzando il processo e i metodi provvisori per lo sviluppo rapido di linee guida sul COVID-19.

Il processo provvisorio per lo sviluppo delle linee guida include le seguenti avvertenze: "nessuna consultazione pubblica sull'ambito", "non ci sarà alcuna ricerca sistematica della letteratura", "seguendo le linee guida dell'OMS sul COVID-19", "non vi sarà alcun rischio formale di valutazione distorta delle prove", "non ci sarà alcuna consultazione pubblica della bozza delle linee guida", ecc.

La Tabella 5 delle linee guida rapide NICE sui trattamenti negli ultimi giorni e nelle ultime ore di vita per la gestione della dispnea nei pazienti adulti include:

- Oppioide: solfato di morfina 10 mg nell'arco di 24 ore tramite siringa, aumentando gradualmente fino a solfato di morfina 30 mg nell'arco di 24 ore secondo necessità.
- Benzodiazepine se necessario in aggiunta all'oppioide: midazolam 10 mg nell'arco di 24 ore tramite la siringa, aumentando gradualmente fino a midazolam 60 mg nell'arco di 24 ore secondo necessità.

Sono state apportate modifiche alle linee guida [34] per la prescrizione anticipata (AP) di farmaci iniettabili in anticipo rispetto alle esigenze cliniche nelle cure palliative comunitarie del Regno Unito.

Evidentemente, in un contesto di linee guida in rapida evoluzione, le normali procedure di controllo per le case di cura sono state sospese dall'organismo di regolamentazione previsto dalla legge, dalla Care Quality Commission (CQC) e dal Local Government and Social Care Ombudsman.

Amnesty International UK ha pubblicato [35] un rapporto del 2020 intitolato: "Come se fosse sacrificabile: l'incapacità del governo del Regno Unito di proteggere gli anziani nelle case di cura durante la pandemia di COVID-19" che affermava:

"Il governo del Regno Unito, le agenzie nazionali e gli enti locali hanno preso decisioni e adottato politiche durante la pandemia di COVID-19 che hanno violato direttamente i diritti umani degli anziani

residenti delle case di cura in Inghilterra, in particolare il loro diritto alla vita, il loro diritto alla salute e il loro diritto alla non discriminazione. Tali decisioni e politiche hanno avuto ripercussioni anche sui diritti degli ospiti delle case di cura alla vita privata e familiare e potrebbero aver violato il loro diritto a non essere sottoposti a trattamenti inumani o degradanti.

Enfasi aggiunta. Amnesty International ha evitato accuratamente di usare il termine "eutanasia", preferendo invece "violazione dei diritti umani".

– in particolare il diritto alla vita. L'eutanasia di fatto negli ospedali e nelle case di cura è stata resa possibile dall'allentamento delle linee guida, dalla mancanza di supervisione normativa e dall'uso generalizzato di avvisi di "Non tentare la rianimazione cardiopolmonare" (DNACPR) o, più semplicemente, di "Non tentare la rianimazione" (DNAR).

L'uso di avvisi DNAR generalizzati negli ospedali e nelle case di cura costituiva una politica sistemica di eutanasia, quando non veniva indagata o bloccata dalle autorità di regolamentazione governative. Da un'indagine congiunta della Camera dei Comuni e della Camera dei Lord, il Parlamento del Regno Unito ha ammesso [36] nel settembre 2020:

L'uso generalizzato di avvisi di "Non tentare la rianimazione cardiopolmonare" (DNACPR) nelle case di cura costituisce una violazione sistematica dei diritti individuali. Il Governo deve garantire che il loro uso generalizzato non sia consentito.

Ancora una volta, la risposta del governo del Regno Unito al COVID-19 è stata una sistematica violazione dei diritti umani: il diritto alla vita, non l'eutanasia, che è un reato. Molti casi sono stati di eutanasia non volontaria, diversa dalla morte assistita volontaria, come riportato dal Parlamento del Regno Unito [36]:

"Abbiamo ricevuto prove profondamente preoccupanti da numerose fonti secondo cui, durante la pandemia di Covid-19, le notifiche DNACPR sono state applicate in modo generalizzato ad alcune categorie di persone da parte di alcuni operatori sanitari, senza alcun coinvolgimento degli individui o delle loro famiglie".

"L'imposizione generalizzata di notifiche DNACPR senza il corretto coinvolgimento del paziente è illegale. Le prove suggeriscono che il loro utilizzo nel contesto della pandemia di Covid-19 è stato diffuso".

Enfasi aggiunta. La Care Quality Commission (CQC), un ente regolatore indipendente finanziato dalle tariffe di ospedali e case di cura per la loro supervisione, è stata incaricata tardivamente di rivedere le decisioni del DNACPR durante la pandemia di COVID-19:

"È stato sollecitato dalle preoccupazioni circa l'applicazione generalizzata delle decisioni del DNACPR, ovvero applicandole a gruppi di persone anziché basarsi su una valutazione delle circostanze individuali di ogni persona, e di prendere decisioni senza coinvolgere la persona interessata."

Enfasi aggiunta. Nel suo rapporto intermedio pubblicato nel novembre 2020, la CQC ha concordato con l'indagine del governo britannico e ha osservato

in tono un po' apologetico [37]:

"È chiaro che all'inizio della pandemia ci sono stati confusione e incomprensioni sull'applicazione delle DNACPR, e che gli operatori sanitari si sono sentiti sopraffatti. Ci sono prove che all'inizio della pandemia siano state emanate DNACPR inaccettabili e inappropriate."

Chiaramente, l'ente regolatore che applica il principio "chi usa paga" è stato l'ultimo ad ammettere il proprio fallimento nella regolamentazione e ha semplicemente ripetuto le conclusioni del rapporto di Amnesty International e del governo del Regno Unito sui diritti umani nella pandemia di COVID-19.

Una politica sistemica di eutanasia, illegale secondo le leggi del Regno Unito, è stata presentata semplicemente come una violazione dei diritti umani, ovvero il diritto alla vita. C'è molto di più dietro la politica dell'eutanasia, che sembra aver discriminato in base allo stato vaccinale, con un pregiudizio nei confronti dei "non vaccinati". La politica sistemica ha un effetto significativo, oscurando la comprensione dell'impatto della vaccinazione nel

Pandemia di COVID-19 nel Regno Unito.

Non rientra negli scopi di questo articolo approfondire ulteriormente le modalità di attuazione della politica sistemica dell'eutanasia. La discussione di cui sopra serve a spiegare l'uniformità e la coerenza dei dati statistici, durante la pandemia e in tutte le regioni, che mettono in relazione l'uso di Midazolam con l'eccesso di decessi.

Impatto relativo della vaccinazione

Per spiegare l'eccesso di decessi nel Regno Unito, le iniezioni di midazolam presentano una correlazione statisticamente significativa anche dopo la vaccinazione, mentre le iniezioni di COVID non hanno mostrato alcuna correlazione significativa (vedi Figura 6). La vaccinazione ha un impatto sulla spiegazione di qualche aspetto dei dati sulla mortalità nel Regno Unito?

Nella Figura 16 è illustrato un confronto tra l'impatto relativo delle iniezioni di Midazolam e delle iniezioni COVID sui decessi in eccesso non dovuti a COVID.

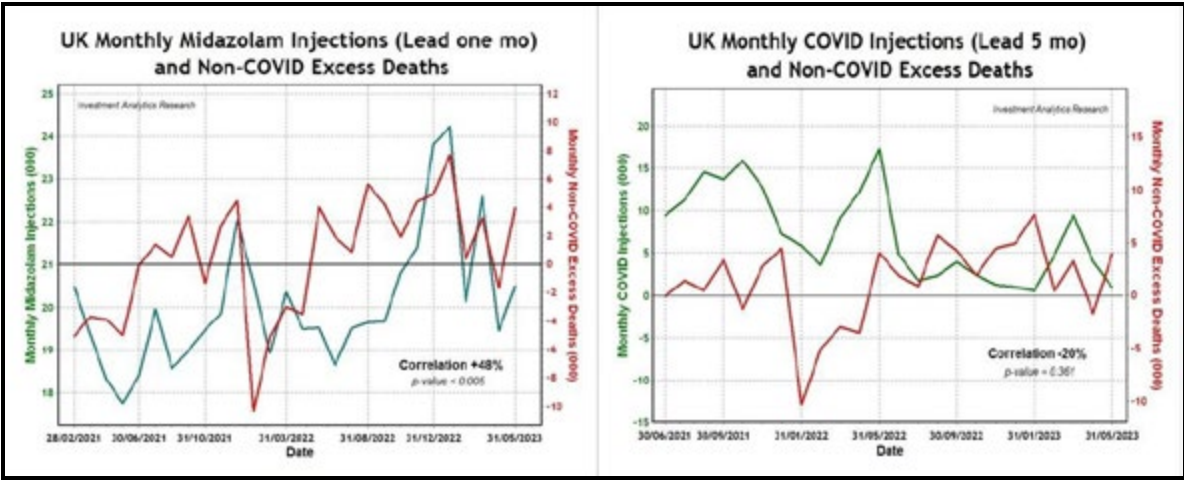


Figura 16:Iniezioni mensili di Midazolam nel Regno Unito e decessi in eccesso non dovuti al COVID.

Dalla Figura 16 a destra, la vaccinazione ha avuto un impatto correlato negativamente (-20%) sui decessi non correlati al COVID, suggerendo un beneficio, ma statisticamente insignificante. D'altra parte, dal 2021 in poi fino a maggio 2023, si è registrata una correlazione significativa del 48% (valore $p < 0,005$) tra il Midazolam e i decessi in eccesso non-COVID (con un ritardo di un mese), il che implica che il Midazolam è stato probabilmente coinvolto nei decessi non-COVID dal 2021.

Gli impatti relativi delle iniezioni di Midazolam rispetto alla vaccinazione vengono confrontati per il periodo dal 30 giugno 2021 al 31 maggio 2023. La data di inizio del confronto, giugno, è dovuta a un anticipo di cinque mesi nelle iniezioni per COVID, mentre le iniezioni di Midazolam presentano un anticipo di solo un mese rispetto ai decessi. La Tabella 7 mostra che solo le iniezioni di Midazolam hanno mostrato una correlazione statisticamente significativa con l'eccesso di decessi (evidenziati in giallo) nel periodo di vaccinazione.

Valori	Decessi per covid	Decessi non COVID	eccesso di morti
Correlazione del midazolam (%)	7	42	53
valore p	0,73	0,04	0,004
Correlazione vaccinale (%)	27	- 20	- 12
valore p	0,21	0,36	0,59

Tabella 7:Impatti relativi del midazolam (piombo un mese) e della vaccinazione (piombo cinque mesi) sui decessi nel Regno Unito

Né il Midazolam né la vaccinazione sono stati statisticamente correlati con i decessi per COVID, il che non sorprende data l'inaffidabilità

dei dati. Il midazolam, evidenziato in giallo nella Tabella 7, è risultato significativamente correlato sia ai decessi non correlati al COVID sia ai decessi in eccesso.

La vaccinazione non ha mostrato alcuna correlazione statistica significativa con i decessi nel Regno Unito con un ritardo di cinque mesi o con qualsiasi altro ritardo. A differenza dell'Australia, questa mancanza di correlazione coerente suggerisce che la vaccinazione contro il COVID non ha un impatto statisticamente dimostrabile sui decessi nel Regno Unito: decessi per COVID, decessi non COVID o decessi in eccesso. Questa mancanza di prove statistiche non significa che la vaccinazione non possa essere una causa primaria, probabilmente mascherata dalla prossimità causale dell'eutanasia con il Midazolam. Data la ricerca australiana che ha dimostrato che "la vaccinazione uccide" [1], è altamente probabile che l'aumento sostenuto dei livelli di decessi in eccesso nel Regno Unito non sia dovuto a cause naturali, ma alla vaccinazione. Tuttavia, per l'epidemiologia della situazione confusa nel Regno Unito, sono necessari altri approcci e metodi per stabilire la relazione tra vaccinazione e decessi in eccesso.

Implicazioni per l'epidemiologia

L'attuale studio sui decessi in eccesso nel Regno Unito offre importanti insegnamenti per l'epidemiologia della pandemia di COVID-19 a livello globale, poiché ha dimostrato che in alcuni paesi, come il Regno Unito, non si dovrebbero trascurare specifici fattori confondenti.

Tentare di attribuire l'eccesso di decessi esclusivamente al COVID o alla vaccinazione contro il COVID potrebbe essere errato. Applicare modelli semplicistici a livello globale per stimare quanti milioni di vite siano state salvate o quanti milioni di decessi siano stati causati dalla vaccinazione, senza comprendere appieno i dati reali limitati, ha portato a una confusione che ha prolungato decisioni politiche sbagliate, costate molte vite.

Un semplice esempio può illustrare l'errore prevalente. La Figura 17 mostra il numero totale settimanale di decessi per tutte le età in 27 paesi partner e regioni subnazionali di EuroMOMO [38] che forniscono i dati, costituiti da Austria, Belgio, Cipro, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Germania (Berlino), Germania (Assia), Grecia, Ungheria, Irlanda, Israele, Italia, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Portogallo, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, Regno Unito (Inghilterra), Regno Unito (Irlanda del Nord), Regno Unito (Scozia) e Regno Unito (Galles).

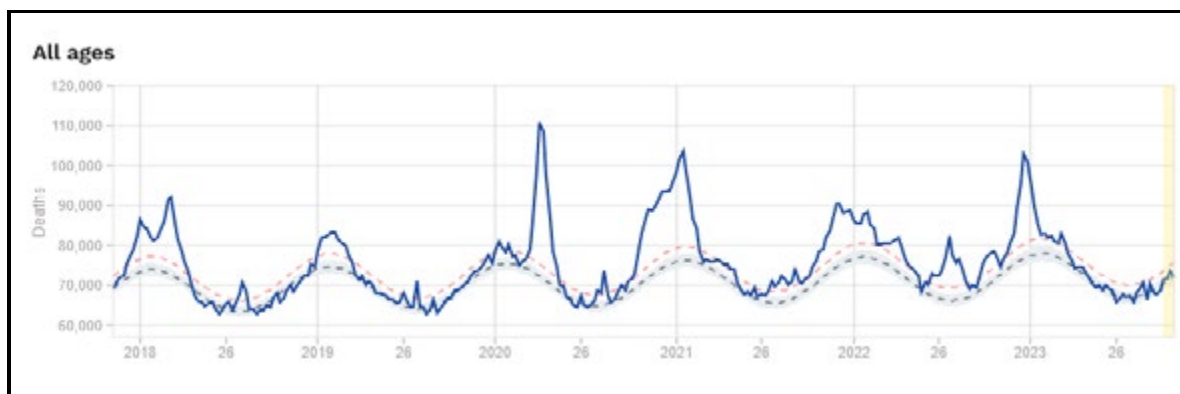


Figura 17: Numero totale settimanale di decessi per tutte le età.

Ignorando i fattori confondenti nei singoli Paesi, la mortalità complessiva per tutte le cause (linea continua) di 27 Paesi è mostrata al di sopra delle rispettive bande di riferimento (linee tratteggiate). A causa delle fluttuazioni stagionali e di un leggero aumento della linea di riferimento nel tempo, la Figura 17 non è il modo più chiaro per confrontare i decessi in eccesso.

Evidentemente, confrontando i principali picchi di mortalità per tutte le cause, l'eccesso di decessi nella pandemia europea non ha mai superato il picco di inizio 2020. Questa osservazione generale ha permesso ai governi europei, con l'aiuto di ricerche errate basate su dati errati, di affermare che l'eccesso di decessi è interamente spiegato dal virus COVID e dalle sue varianti. Il nostro articolo ha dimostrato che il virus COVID ha avuto evidentemente un impatto poco costante sull'eccesso di decessi nel Regno Unito.

Alcuni governi, finanziati dall'industria farmaceutica, hanno ipotizzato, tramite modelli computerizzati, che senza la vaccinazione i decessi in eccesso sarebbero stati molto più elevati, salvando milioni di vite. Altrettanto ingiustificate sono le affermazioni contrarie secondo cui i dati dimostrerebbero che la vaccinazione è costata milioni di vite. Questo studio ha dimostrato che nessuno dei due casi potrebbe essere vero per il Regno Unito, poiché attualmente sono disponibili

i dati potrebbero non essere adeguati per dimostrare entrambi i casi utilizzando i metodi esistenti.

Questo documento ha dimostrato che, per l'epidemiologia globale delle pandemie, i paesi devono essere classificati almeno in due gruppi: un gruppo comprende membri come gli Stati Uniti e il Regno Unito che sono intervenuti in modo significativo con protocolli medici e clinici fin dall'inizio della pandemia. Un altro gruppo comprende membri come l'Australia e la Nuova Zelanda che apparentemente non hanno avuto alcun intervento medico di questo tipo fino all'introduzione della vaccinazione contro il COVID. (L'Australia ha consentito il suicidio assistito volontario solo di recente nella maggior parte degli stati, ad eccezione di Victoria, che l'ha consentito per la prima volta nel 2019, ma che è anche il paese con il più alto numero di decessi per COVID in Australia nel 2020.)

Riepilogo dei risultati

La pandemia di COVID-19 nel Regno Unito è stata iatrogena, in quanto non ha avuto origine dal virus SARS-CoV-2, ma dall'uso di Midazolam per l'eutanasia e, probabilmente, successivamente, dalla vaccinazione di massa. I principali risultati a supporto di questa conclusione sono:

- All'inizio del 2020 si sono verificati relativamente pochi casi di infezioni,

indicating the non-prevalence of the SARS-CoV-2 virus in the UK.

- The UK Health Security Agency declared on 19 March 2020, the absence of any "high consequence infectious disease", denying the existence of a pandemic.
- The enormous spike in excess deaths attributed to COVID-19 was inconsistent with the lack of prevalence of the SARS-CoV-2 virus, which was not verified, due to shortages and unreliability of PCR tests.
- NHS and Nightingale hospitals were mostly empty, confirming absence of a pandemic.
- The excess deaths were spread uniformly and simultaneously across all English regions, inconsistent with natural contagion.
- The spikes in excess deaths across all regions were strongly correlated with Midazolam injections, implicating euthanasia, particularly of the elderly in care homes.
- On investigation, the UK Government, Amnesty International and the Care Quality Commission have all acknowledged that *"a systemic or structural dysfunction in hospital services"* and the widespread blanket use of *"Do Not Attempt Cardiopulmonary Resuscitation"* (DNACPR) notices in care homes have contributed to excess deaths in the UK.

That "COVID vaccination kills" has been proven statistically using Australian macro-data, which should apply universally. However, this causality has not been confirmed for the UK, because the same method of proof is not available from UK macro-data due to the confounding effect of Midazolam use in UK euthanasia.

Una delle principali scoperte di questo articolo è che l'elevatissimo eccesso di decessi nel 2020 nel Regno Unito è stato dovuto all'intervento con Midazolam piuttosto che alle infezioni da SARS-CoV-2, dimostrando l'inaffidabilità dei dati COVID come prova di una pandemia di SARS-CoV-2, a cui è stato negato lo status di "malattia infettiva ad alta conseguenza" dall'Agenzia per la sicurezza sanitaria del Regno Unito nel marzo 2020.

Qualsiasi affermazione secondo cui la vaccinazione contro il COVID abbia salvato delle vite ha scarso fondamento, perché poche vite sono state minacciate dal virus SARS-CoV-2, in gran parte assente nel Regno Unito; il picco dei cosiddetti decessi per COVID nel 2020 è stato in realtà causato da decessi per eutanasia tramite Midazolam, che rimane la spiegazione causale dominante della pandemia, travolgendo altri fattori.

Le iniezioni di midazolam erano indipendenti dallo stato vaccinale. Pertanto, l'eccesso di decessi causato dal midazolam era correlato casualmente allo stato vaccinale, confondendo i dati grezzi sui "decessi per stato vaccinale" e invalidando così la maggior parte degli studi britannici basati su dati errati.

L'illusione che la vaccinazione contro il COVID fosse "sicura ed efficace" è stata causata dal fatto che le iniezioni di Midazolam nel Regno Unito erano molto elevate nel 2020 e sono diminuite dopo la vaccinazione, con conseguente riduzione dei decessi in eccesso nel tempo, erroneamente attribuiti alla vaccinazione. Questa fallacia è fondamentale per giustificare il proseguimento della politica vaccinale nel Regno Unito e in Europa.

La maggior parte degli studi epidemiologici sui decessi in eccesso nel COVID-19

pandemic have considered the relative impact of only two factors: COVID disease and COVID vaccination. Due to the presence of significant confounding factors, claims of observed correlation between deaths and vaccination for many countries are illusory.

Only those countries such as Australia, which were apparently free from euthanasia and other medical intervention, are suitable for the epidemiological study of the impact of vaccination on excess deaths.

Conclusion

The extraordinary spike in UK excess deaths in April 2020 was not due to the SARS-CoV-2 virus, because there were relatively few infections and there was no "high consequence infectious disease", as officially declared in March 2020.

The UK COVID-19 pandemic was iatrogenic, created with widespread and persistent use of Midazolam injections in all regions of England, particularly in care homes, under a systemic policy of euthanasia. The nature of the euthanasia needs further investigation.

Statistically, Midazolam injections were highly correlated with UK excess deaths throughout the pandemic, overwhelming COVID-19 disease or vaccination as other possible explanations for excess mortality.

Midazolam was the common proximal cause of excess deaths in the pandemic, but there were likely many other primary causes including comorbidities, infections and vaccination. The data available are not sufficient to measure the precise impact of vaccination on excess deaths.

Era improbabile che la vaccinazione avesse salvato molte vite, se non nessuna, perché i dati iniziali inaffidabili esageravano enormemente i decessi dovuti al COVID, gonfiando l'entità della minaccia SARS-CoV-2 che era stata successivamente ipotizzata e proiettata in modelli informatici che creavano benefici illusori.

La maggior parte delle indagini globali sull'epidemiologia del COVID-19, basate esclusivamente sugli impatti relativi della malattia COVID e della vaccinazione, sono probabilmente imprecise, perché le loro ipotesi sono generalmente false a causa della presenza significativa di fattori confondenti in alcuni paesi, come il Regno Unito.

Conflitti e finanziamenti

L'autore non ha conflitti di interesse finanziari o politici e non riceve finanziamenti da fonti esterne.

Riconoscimento

Si ringraziano Lex Stewart, Jeremy Beck e David Richards per i loro utili commenti.

Riferimenti

1. Sy W (2023) Indicazioni precoci dell'impatto a lungo termine delle iniezioni COVID. 26 settembre 2023. <https://www.researchgate.net/>

2. Sy W (2023) Pandemia australiana di COVID-19: un'analisi di Bradford Hill sulla mortalità iatrogena in eccesso. *J Clin Exp Immunol* 8(2):542-556. <https://www.opastpublishers.com/open-access-articles/australian-covid19-pandemic-a-bradford-hill-analysis-of-iatrogenic-excess-mortality.pdf>
3. Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie. Pannello diagnostico RT-PCR in tempo reale per il nuovo coronavirus (2019-nCoV) del CDC, comunicato stampa della FDA. <https://www.fda.gov/media/134922/download>
4. Corman V, Landt O, Kaiser M, et al. (2020) Rilevazione del nuovo coronavirus del 2019 (2019-nCoV) mediante RT-PCR in tempo reale, *Euro Surveill.* 25(3):pii=2000045.
5. Neil M, Fenton N, et al. (2022) I dati ufficiali sulla mortalità per l'Inghilterra suggeriscono una sistematica errata categorizzazione dello stato vaccinale e un'incerta efficacia della vaccinazione contro il Covid-19. *ResearchGate*, 12 gennaio 2022. https://www.researchgate.net/publication/357778435_Official_mortality_data_for_England_suggest_systematic_misclassification_of_vaccination_status_and_uncertain_effectiveness_of_Covid-19_vaccination
6. Sy W (2022) Difetto nella segnalazione dei dati che distorce le statistiche sulla mortalità da COVID-19, *ResearchGate*, 25 agosto 2022. https://www.researchgate.net/publication/374587533_Data_reporting_flaw_in_plain_sight_distorting_COVID-19_mortality_statistics [consultato il 15 ottobre 2023].
7. Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie, COVID-19 Vaccine Breakthrough Case Investigation and Reporting (aggiornato il 23 giugno 2022), <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/php/hd-breakthrough.html#report> (consultato il 15 agosto 2022).
8. Neil M, Fenton N, McLachlan S (2021) Discrepanze e incongruenze nei set di dati del governo del Regno Unito compromettono l'accuratezza dei confronti dei tassi di mortalità tra vaccinati e non vaccinati, *ResearchGate* 20 ottobre 2021. https://www.researchgate.net/publication/355437113_Discrepancies_and_inconsistencies_in_UK_Government_datasets_compromise_accuracy_of_mortality_rate_comparisons_between_vaccinated_and_unvaccinated
9. Office for National Statistics (2023) Metodo di stima - Popolazione non vaccinata COVID-19. Data di pubblicazione: 30 maggio 2023. <https://www.ons.gov.uk/aboutus/transparencyandgovernance/freedomofinformationfoi/estimationmethodcovid19unvaccinatedpopulation>
10. Wallace AR (1898) La vaccinazione è un'illusione, prove ufficiali nei rapporti della Commissione reale, Swan Sonnenschien & Co., Londra, 1898. <https://iiif.wellcomecollection.org/pdf/b21356336>
11. Office for National Statistics (2023) Decessi registrati mensilmente in Inghilterra e Galles, data di pubblicazione: 23 agosto 2023. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/datasets/monthlyfiguresondeathsregisteredbyareaofusualresidence>
12. Rahmani K, Shavaleh R, Forouhi M, et al. (2022) L'efficacia Efficacia dei vaccini contro il COVID-19 nel ridurre l'incidenza, l'ospedalizzazione e la mortalità da COVID-19: una revisione sistematica e una meta-analisi, *Front. Public Health*, 26 agosto 2022, Sec. Malattie infettive: Epidemiologia e prevenzione Volume 10 – 2022 <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.873596>
13. Sy W (2023) Il paradosso di Simpson nelle correlazioni tra eccesso di mortalità e iniezioni di Covid-19: uno studio di caso di pandemia iatrogena per gli anziani australiani. *Medical & Clinical Research* 8(7):01-16. <https://www.medclinrese.org/open-access/simpsons-paradox-in-the-correlations-between-excessmortality-and-covid19-injections-a-case-study-of-iatrogenicpandemic.pdf>
14. Office for National Statistics (2022) Decessi in eccesso in Inghilterra e Galles: da marzo 2020 a giugno 2022, 20 settembre 2022. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/articles/excessdeathsinenglandandwalesmarch2020tojune2022/2022-09-20>
15. Agenzia per la sicurezza sanitaria del Regno Unito. Linee guida: malattie infettive ad alto rischio. <https://www.gov.uk/guidance/high-at-risk-infectious-diseases-hcid>
16. Sy W (2023) Eccesso di decessi in Australia: spostare i pali. *Principia Scientific International*, 29 agosto 2023. <https://principia-scientific.com/australian-excess-deaths-moving-the-goalposts/>
17. Petersen E, Koopmans M, et al. (2020) Confronto tra SARS-CoV-2, SARS-CoV e pandemie influenzali. *The Lancet* 20: e238-44. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30484-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30484-9)
18. Naughton L (2021) Intervista con un'impresa di pompe funebri nel Regno Unito: i decessi sono aumentati del 250% con l'inizio delle iniezioni, intervista l'impresa di pompe funebri John O'Looney. *BitChute* <https://www.bitchute.com/video/iopPf0YM6m7C/>
19. Alexander P. 2 grafici dei dati del Regno Unito (dal 2017 al 2022), uno sull'eccesso di mortalità, l'altro sull'uso del potente sedativo midazolam; cosa vedete in termini di marzo 2020 e marzo 2021 in entrambi i grafici? *Alexander COVID News - Dr. Paul Elias*, 12 marzo 2023. <https://palexander.substack.com/p/2-graphs-ofuks-data-2017-to-2022>
20. OpenPrescribing. Articoli per fiale di soluzione iniettabile di Midazolam <https://www.openprescribing.org/medicines/midazolam-injectable-solution/>
21. Organizzazione Mondiale della Sanità. Elenco modello dei medicinali essenziali, 26 luglio 2023, 23° elenco. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/371090/WHO-MHP-HPS-EML-2023.02-eng.pdf?sequence=1>
22. National Institute for Health and Care Excellence. Linee guida rapide COVID-19: gestione dei sintomi (anche alla fine della vita) nella comunità, 3 aprile 2020. <https://web.archive.org/web/20200409054527/https://www.nice.org.uk/guidance/ng163/resources/covid19-rapid-guideline-managingsymptoms-including-at-the-end-of-life-in-the-communitypdf-66141899069893>
23. MedlinePlus, Iniezione di Midazolam. Biblioteca Nazionale di Medicina del Governo degli Stati Uniti. <https://medlineplus.gov/druginfo/meds/a609014.html>

24. Gamblin V, Berry V, et al. (2020) Sedazione con midazolam in medicina palliativa: studio retrospettivo in un centro francese per il controllo del cancro. BMC Palliat Care 19(1):85. doi: 10.1186/s12904-020-00592-3. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7305615/>
25. Frazer JS, Frazer GR (2021) Analisi delle tendenze nelle prescrizioni di cure primarie in Inghilterra durante la pandemia di COVID-19, confrontate con un modello predittivo. Fam Med Community Health 9(3):e001143. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34344766/>
26. The King's Fund (2021) Numero di posti letto ospedalieri del NHS: passato, presente, futuro, 5 novembre 2021 <https://www.kingsfund.org.uk/publications/nhs-hospital-bed-numbers>
27. Servizio Sanitario Nazionale (2020) Requisiti per il servizio di dimissioni ospedaliere COVID-19. 19 marzo 2020. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/911541/COVID-19_hospital_discharge_service_requirements_2.pdf
28. Dyer C (2022) Covid-19: la politica di dimettere i pazienti vulnerabili nelle case di cura era irrazionale, affermano i giudici. BMJ 377:o1098 <https://www.bmj.com/content/377/bmj.o1098>
29. Office for National Statistics (2021) Decessi correlati al COVID-19 nel settore dell'assistenza, Inghilterra e Galles: decessi registrati tra la settimana conclusasi il 20 marzo 2020 e la settimana conclusasi il 2 aprile 2021 Data di pubblicazione: 11 maggio 2021. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/articles/deathsinvolvedwithcovid19inthecaresectorenglandandwales/deathsregisteredbetweenweekending-20march2020andweekending2april2021>
30. West D (2020) Gli ospedali del NHS hanno quattro volte più letti vuoti del normale, HSJ, 14 aprile 2020. <https://www.hsj.co.uk/acute-care/nhs-hospitals-have-four-times-more-empty-bedsthan-normal/7027392.article>
31. Giorno M (2020) Covid-19: gli ospedali Nightingale sono destinati a chiudere dopo aver visitato pochi pazienti BMJ 7 maggio 2020; 369 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1860>
32. Menage J (2021) Il suicidio assistito è soggetto ad abusi. BMJ 2021;374:n2128. <https://www.bmj.com/content/374/bmj.n2128/rr-11>
33. Servizio Sanitario Nazionale (2023) Eutanasia e suicidio assistito, 12 luglio 2023. <https://www.nhs.uk/conditions/euthanasia-and-assisted-suicide/>
34. Antunes B, Bowers B, et al. (2020) Prescrizione anticipata nelle cure palliative di fine vita nel Regno Unito e in Irlanda durante la pandemia di COVID-19: sondaggio online. BMJ Supportive & Palliative Care 10:343-349. <https://spcare.bmj.com/content/bmjspcare/10/3/343.full.pdf>
35. Amnesty International Regno Unito. Come se fosse sacrificabile: l'incapacità del governo britannico di proteggere gli anziani nelle case di cura durante la pandemia di COVID-19. 4 ottobre 2020. <https://www.amnesty.org/en/documents/EUR45/3152/2020/en/>
36. Parlamento del Regno Unito. La risposta del governo al COVID-19: implicazioni per i diritti umani, Commissione congiunta per i diritti umani, Camera dei Comuni e Camera dei Lord, 21 settembre 2020, <https://committees.parliament.uk/publications/2649/documents/26914/default>
37. Care Quality Commission, Revisione delle decisioni di non tentare la rianimazione cardiopolmonare durante la pandemia di COVID-19, Rapporto provvisorio, novembre 2020, <https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/2021-04/20DNACPR%20Interim%20Report%20-%20FINAL.pdf>
38. Euromomo, Numero complessivo di decessi per fascia d'età. Grafici e mappe, ultimo aggiornamento alla settimana 44 del 2023. <https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps>

Copyright: ©2024 Wilson Sy. Questo è un articolo open access distribuito secondo i termini della licenza Creative Commons Attribution, che ne consente l'uso, la distribuzione e la riproduzione illimitata su qualsiasi supporto, a condizione che vengano citati gli autori originali e la fonte.