

UK, I DOCUMENTI MOSTRANO L'EUTANASIA FORZATA DEGLI ANZIANI NELLE RSA DURANTE LA PANDEMIA

databaseitalia.it/uk-i-documenti-mostrano-leutanasia-forzata-degli-anziani-nelle-rsa-durante-la-pandemia/

2 ottobre 2022



Mentre tu restavi a casa e credevi di proteggere il SSN, il tuo governo prendeva deliberatamente decisioni che avrebbero assicurato che migliaia di anziani e vulnerabili sarebbero morti prematuramente nelle case di cura.

Senza quelle morti, avresti messo in dubbio la logica di rimanere a casa per decimare l'economia e distruggere vite. Quello che ha fatto il tuo governo equivale a un omicidio. Ma l'hanno coperto di bugie sul fatto che erano tutti morti di Covid-19.

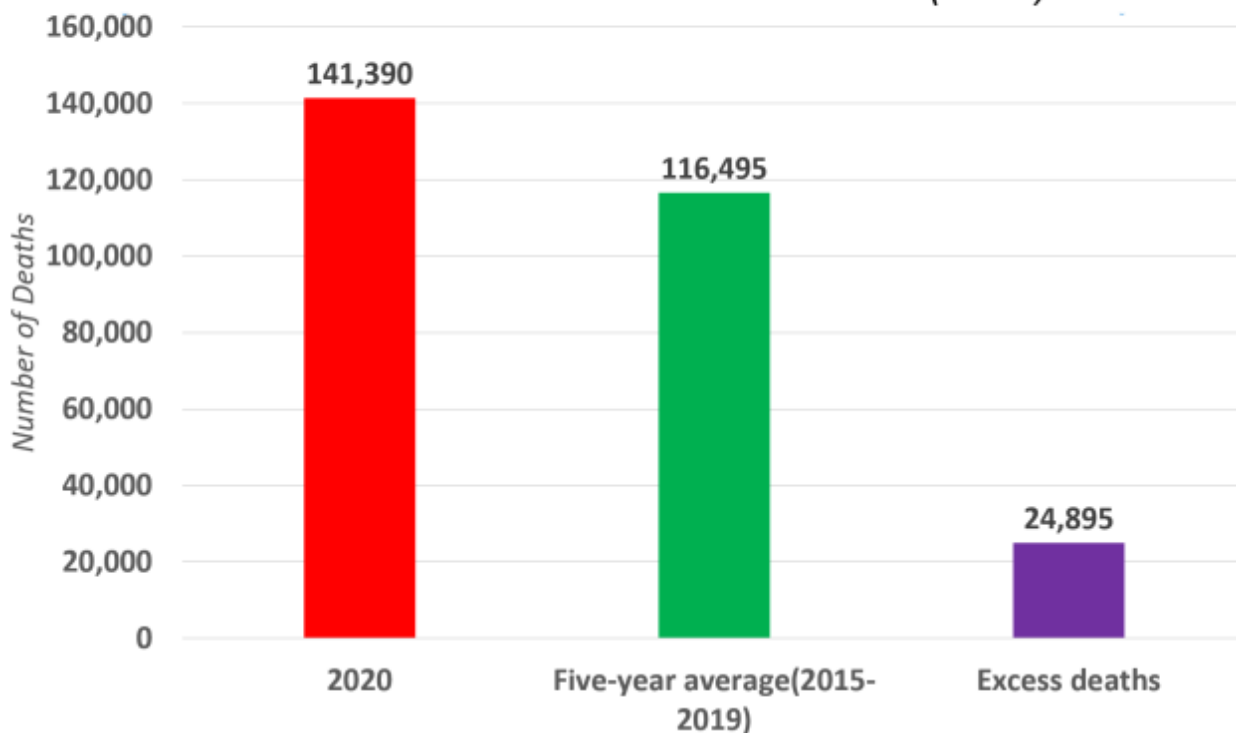
Ora i documenti ufficiali che dovevano essere tenuti segreti sono stati rilasciati ai sensi del Freedom of Information Act e rivelano che l'eutanasia forzata degli anziani e dei vulnerabili in risposta a una pandemia era stata pianificata da anni.

Non appena il 23 marzo 2020 nel Regno Unito è stato dichiarato il lockdown, i decessi avvenuti nelle case di cura nelle settimane successive sono saliti alle stelle rispetto a quanto accaduto nei cinque anni precedenti. Sei stato portato a credere che ciò fosse dovuto al Covid-19, ma le prove dimostrano il contrario.

I dati ufficiali forniti dall'Office for National Statistics (ONS) mostrano che le case di cura hanno registrato un aumento del 21% dei decessi per tutte le cause nel 2020, con quasi 25.000 decessi in più del previsto.

Deaths in Care Homes in England & Wales in 2020 vs the Five-Year Average (2015-2019)

Source: Office for National Statistics (ONS)



Fonte

Quasi 19.000 di queste morti sono state etichettate come dovute a Covid-19. Ma escludendo il presunto coronavirus, le altre morti nelle case di cura sono aumentate del 5% rispetto alla media di cinque anni.

I dati ONS di seguito mostrano che nella settimana terminata il 17 aprile 2020 sono stati registrati 7.028 decessi nelle case di cura, di cui 2438 dovuti al Covid-19.

Table 4: Number of deaths involving COVID-19 in care homes residents by place of occurrence, by week of notification 2 Jan to 1 Jan 2021, England ^{1,2,3,4,5}

Week of Year	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Week Ending	17/04/2020	24/04/2020	01/05/2020	08/05/2020	15/05/2020	22/05/2020	29/05/2020	05/06/2020	12/06/2020	19/06/2020	26/06/2020	03/07/2020	10/07/2020	17/07/2020	24/07/2020
All deaths															
Hospital	1,280	1,206	965	639	654	502	410	382	316	263	274	298	274	262	292
Care Home	7,028	6,634	5,584	4,027	3,767	2,904	2,351	2,160	1,881	1,818	1,697	1,618	1,558	1,609	1,727
Elsewhere	155	130	116	60	49	62	30	49	33	40	28	24	29	24	26
Not Stated	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Deaths involving COVID-19															
Hospital	964	938	697	463	406	289	181	143	89	63	33	36	34	21	17
Care Home	2,438	2,769	2,440	1,752	1,536	979	625	492	329	215	162	119	79	58	41
Elsewhere	54	54	57	34	25	21	6	13	7	4	4	1	1	1	1
Not Stated	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Sorgente

Fare clic per espandere

Ma avanti veloce di un anno e come si vede nei dati ONS di seguito, la settimana terminata il 16 aprile 2021 ha visto 1.640 decessi registrati nelle case di cura, di cui 51 sarebbero stati dovuti a Covid-19.

Table 4: Number of deaths involving COVID-19 in care homes residents by place of occurrence, by week of notification 2 Jan to 23 Jul 2021, England ****

Week of Year	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
Week Ending	16/04/2021	23/04/2021	30/04/2021	07/05/2021	14/05/2021	21/05/2021	28/05/2021	04/06/2021	11/06/2021	18/06/2021	25/06/2021	02/07/2021	09/07/2021	16/07/2021	23/07/2021
All deaths															
Hospital	259	298	283	264	311	229	296	268	284	295	253	291	315	303	322
Care Home	1640	1585	1555	1646	1659	1652	1648	1507	1576	1573	1519	1629	1713	1714	1966
Elsewhere	22	22	18	30	25	19	35	32	25	24	15	24	23	30	28
Not Stated	0	0	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	4
Deaths involving															
Hospital	15	14	7	6	7	2	0	5	1	8	2	3	8	7	14
Care Home	51	32	20	24	23	9	18	15	6	10	5	18	13	24	26
Elsewhere	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Not Stated	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Sorgente

Fare clic per espandere

Quando rimuoviamo i presunti decessi per Covid-19 dai dati della settimana terminata il 17 aprile 2020, possiamo vedere che 4.590 decessi per tutte le altre cause si sono verificati nelle case di cura.

Si tratta di un aumento di 3.001 decessi rispetto al numero registrato nelle case di cura per tutte le cause durante la stessa settimana dell'anno successivo (settimana terminata il 16 aprile 2021). Questo modello è coerente per i prossimi 3 mesi del 2020 rispetto allo stesso arco temporale del 2021.

Ma perché ci sono stati così tanti decessi nelle case di cura per altre cause al culmine della presunta prima ondata?

La risposta è semplice, il governo, i suoi consulenti medici e scientifici e i capi del SSN avevano un piano, e quel piano era di sospendere le cure, rifiutare le cure e mettere gli anziani e i vulnerabili sul percorso di fine vita.

Un percorso che prevedeva il ritiro di tutti i farmaci, cibo e acqua e la somministrazione di un cocktail di midazolam e morfina. Un percorso che li ha visti morire a causa di un'overdose di droghe insieme alla fame e alla disidratazione.

All'inizio della presunta pandemia sono successe diverse cose, tutte pianificate con anni di anticipo.

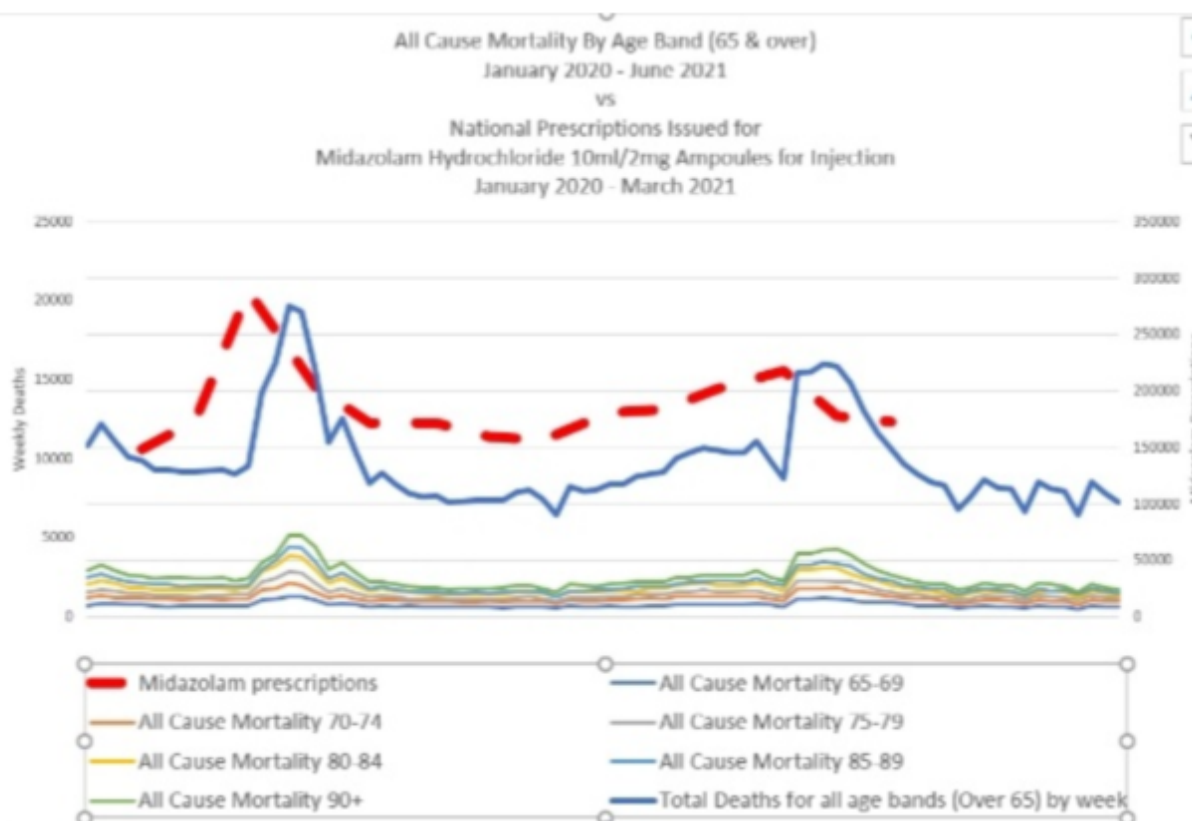
- Il governo ha cambiato la legge con il pretesto della legge sul coronavirus sulla certificazione dei decessi .
- Anche la legge sulle cremazioni è cambiata
- Modificata anche la legge sull'indennità per l'attività del servizio sanitario
- Anche la legge sulle visite ai propri cari nelle case di cura è cambiata .

Mentre tutto questo stava accadendo, Matt Hancock (all'epoca il segretario alla salute) e Chris Whitty (il capo dell'ufficiale medico) hanno incaricato gli ospedali di dimettere il maggior numero possibile di pazienti nelle case di cura , lo stesso luogo ai cui pazienti

era vietato ricevere visite, il luogo stesso in cui un medico non era obbligato a visitare per certificare una morte, il luogo stesso in cui gli assistenti non potevano essere ritenuti responsabili di una morte fintanto che si sospettava solo che fosse Covid-19.

Hanno anche acquistato una fornitura per due anni di un farmaco chiamato midazolam. Una fornitura che è stata esaurita entro ottobre 2020 .

Il midazolam è un farmaco che viene discutibilmente utilizzato nelle cure di fine vita ed è stato utilizzato anche nelle cure di fine vita per Covid-19 , nonostante **causi depressione respiratoria e arresto respiratorio** .



Il grafico sopra mostra il numero totale di prescrizioni extraospedaliere di midazolam e mostra anche i decessi in eccesso per tutte le cause nel Regno Unito da gennaio 2020 a marzo 2021.

Vi abbiamo detto che mentre eravate a casa a proteggere il SSN, loro somministravano il midazolam agli anziani e ai vulnerabili, e ti dicevano che erano morti per Covid-19 , il grafico sopra mostra sicuramente una forte correlazione, ma ora documenti sensibili e riservati che il NHS non voleva che nessuno vedesse provare la causalità.

Nel 2016 il SSN ha elaborato piani per sospendere le cure ospedaliere per i residenti nelle case di cura in caso di pandemia.

I documenti mostrano che in caso di pandemia le cure sarebbero prioritarie in base al numero di anni di vita persi. Ciò significava che a un adolescente che soffriva di appendicite sarebbe stato offerto un letto in ospedale e trattato secondo

necessità. Tuttavia, i documenti affermano chiaramente che agli anziani verrebbe negato il trattamento e sarebbero messi nel percorso di fine vita.

Patient Case Scenario	Notes to consider during 'resource triage'.	Does a scoring system exist (that could be adapted) to estimate prognosis on presentation?	If not treated in hospital, what resources may be required, where might care be provided, and by whom?	Average Length of Stay (ALoS) in hospital if admitted and resources required (e.g. doctors, nurses, theatre, ICU)	Likelihood of being offered a bed and why?
Teenager with Acute Appendicitis	An acute illness which left untreated could result in peritonitis and death within a few days. Significant Life years lost	Scoring systems only exist to predict the presence of appendicitis, not the ability to treat patients conservatively.	Non-complicated appendicitis can be treated with IV antibiotics but would require regular assessment not easily delivered in community 30% of patients treated conservatively fail, requiring surgery	ALoS: 3-5 days in uncomplicated case. If complex case could be as long as 3 weeks. In hospital care – benefits from paediatric surgical experience.	Highly likely to be admitted, though with early discharge (e.g. within 24hrs) to reduce risk of acquiring infection (e.g. flu). Rapid appropriate management offers significant advantage in survival and reduced morbidity.
72 year old female, fallen from a nursing home bed and likely Fractured Neck of Femur. Carers are in attendance.	Life years lost limited impact (life expectancy could be < 10yrs).	Nottingham Hip Fracture Score (NHFS) estimates 30-day mortality for patients having surgery and good nursing care. Based on literature around quality	Intensive nursing and carer needs to manage patient's pain in bed.	ALoS: 14-21 days Possible 2 days inpatient and care back in community.	Unlikely to be prioritised for admission, although resources required in community to support dignity in end of life pathway.

Fonte – Pagina 13

I documenti evidenziano anche che la stima del SSN dei decessi nelle case di cura a causa delle azioni pianificate in risposta a una pandemia è stata una massiccia sottovalutazione di ciò che è stato visto una volta messo in pratica in risposta alla presunta pandemia di Covid-19.

All'interno di una sintesi del documento, il SSN afferma che nel corso di un'ondata stimano che si verificherebbero 5.500 – 5.800 morti nelle case di cura.

OFFICIAL SENSITIVE

therefore be somewhere between these 2 figures, but closer to the latter.

Summary

Despite a significant amount of uncertainty and lack of national data, it is clear that the number of additional people requiring adult social care would be much higher than the number of unoccupied beds, even including those freed up by their occupants dying.

Capacity	
Care home beds (June 2018):	459,000
Average occupancy:	87 – 90%
= Available beds:	45,900 - 59,600
Deaths in care homes over duration of wave	5,500 – 5,800
Domiciliary care	<i>No National Data</i>
DEMAND	
Existing domiciliary care users getting ill from Flu (impact 1)	250,000
Average attack rate in care homes (impact 1)	55%
Peak reduction in informal carers (impact 2&3)	610,000
Discharged from hospital early with ongoing care needs in peak week (impact 4)	<i>Unknown</i>

In realtà, ci sono stati 2.000 decessi in più registrati in una sola settimana durante la prima presunta ondata di Covid-19, rispetto a quanto il SSN si aspettava durante l'intera ondata.

I documenti riservati mostrano anche che il SSN ha pianificato di ridurre i servizi in risposta a una pandemia e di mantenere solo i servizi critici per la vita. Ciò significava che sarebbero passati alle cure palliative e alle cure di fine vita. Nel 2017 il SSN ha riconosciuto di non avere abbastanza personale qualificato per fornire assistenza di fine vita, quindi ha sviluppato pacchetti di formazione che potevano essere implementati rapidamente durante una pandemia e nel frattempo ha formato personale "interessato".

As the pandemic progresses, services will need to be reduced until only life critical services are maintained. As the resources (e.g. PEG feed) run out, the switch to palliation and end of life support would need to be very carefully managed. This will need an increase in the staffing numbers trained and able to deliver the service, as these are typically small teams in routine business. Options for increasing staffed

20

OFFICIAL SENSITIVE

trained in these vital skills are to develop a of training packages now that could be rapidly rolled out when needed, or offering training now for interested staff. However, this latter option would require time to train staff now, and would need justification to remove them from their daily delivery of care to patients.

Additionally, many community health care services have a number of different elements, some of which will be more critical than others. Whilst individual providers will be expected to prioritise within their services, this paper outlines the suggested principles for prioritisation and suggested points of reducing and ceasing individual services which we would expect local NHS services to follow.

I documenti confidenziali del SSN mostrano chiaramente che agli anziani e ai vulnerabili doveva essere negato il trattamento e messi sul percorso di fine vita in risposta a una pandemia, e le prove mostrano chiaramente che ciò è stato messo in pratica.

- I letti ospedalieri nell'aprile 2020 erano in calo del 30% rispetto all'anno precedente.
- La partecipazione al pronto soccorso è stata del 57% in meno nell'aprile 2020 rispetto all'anno precedente.
- I decessi nelle case di cura sono aumentati del 205% ad aprile 2020 rispetto ad aprile 2019.
- Tre su cinque presunti decessi per Covid-19 si sono verificati in coloro che hanno sofferto di difficoltà di apprendimento e disabilità ([vedi qui](#)).

Disabled people made up 6 in 10 (59.5%) of all deaths involving the coronavirus (COVID-19) for the period to 20 November 2020 (30,296 of 50,888 deaths). For comparison, disabled people made up 17.2% of the study population, therefore suggesting that disabled people have been disproportionately impacted by the COVID-19 pandemic. See the [datasets](#) for detailed breakdowns of counts of deaths.

In relazione alla morte di persone con difficoltà di apprendimento, l'ONS ha affermato: *'l'effetto più grande è stato associato alla **vita in una casa di cura** o in un altro istituto comunale.'*

Avere difficoltà di apprendimento ed essere in cura non significa che hai maggiori probabilità di morire di Covid-19. Ciò significa che è molto più probabile che tu abbia un ordine DNR su di te senza informare te stesso o la tua famiglia, che poi il personale di assistenza / NHS usa come permesso per metterti in cura di fine vita.

Sappiamo che ciò è accaduto perché lo hanno affermato un rapporto di Amnesty e un rapporto CQC (Care Quality Commission) .

DENIAL OF ACCESS TO HOSPITALS AND OTHER MEDICAL SERVICES

Amnesty International has received multiple reports of care home residents' right to NHS services, including access to general medical services (GMS) and hospital admission, being denied during the pandemic, violating their right to health and potentially their right to life, as well as their right to non-discrimination. Care homes managers have pointed out that such reluctance or refusal to admit older care home residents to hospital could not be explained by need, as hospital bed capacity was never reached.¹¹⁰

Il rapporto di Amnesty afferma che –

"I dirigenti e il personale delle case di cura e i parenti delle case di cura residenti in diverse parti del paese hanno raccontato ad Amnesty International come, nella loro esperienza, mandare i residenti in ospedale sia stato scoraggiato o rifiutato a titolo definitivo da ospedali, squadre di ambulanze e medici di famiglia. Un manager dello Yorkshire ha dichiarato: "Siamo stati fortemente scoraggiati dall'inviare i residenti in ospedale. Ne abbiamo parlato nelle riunioni; ne eravamo tutti consapevoli".

' Un altro manager dell'Hampshire ha ricordato:

Non c'erano molte opzioni per mandare le persone in ospedale. Siamo riusciti a mandare una paziente in ospedale perché l'infermiera è stata molto ferma e ha insistito sul fatto che la signora era troppo a disagio e che non potevamo fare altro per metterla più a suo agio, ma l'ospedale poteva. In ospedale la signora è risultata positiva al COVID ed è stata curata, è sopravvissuta ed è tornata. Ha 92 anni ed è in ottima forma.

Ha spiegato che:

si presumeva che le persone nelle case di cura sarebbero morte tutte se avessero contratto il COVID, il che è sbagliato. Mostra quanto poco il governo sappia della realtà delle case di cura.'

The nurse from the GP surgery rang me up to say they decided mum is DNR. I asked why and she said "we did this across the home", and I said "no, this should be done on individual cases and I don't agree to it". So I had it taken off ... She also said that they would not take mum to hospital and again I said that is something that would have to be decided if and when need arose on the basis of the situation at the time. They had asked mum about the DNR and she had agreed to it but then I spoke to mum and she had not really understood the issue.

‘Il figlio di un residente di una casa di cura morto in Cumbria ha detto che l’invio del padre in ospedale non era stato nemmeno preso in considerazione: dal primo giorno, la casa di cura era categorica, probabilmente era COVID e lui sarebbe morto e non sarebbe stato portato in ospedale. Aveva solo la tosse in quella fase. Aveva solo 76 anni ed era in ottima forma fisica. Amava uscire e non sarebbe stato un problema per lui andare in ospedale. La casa di cura mi ha chiamato e mi ha detto che aveva sintomi, un po’ di tosse e che il dottore lo aveva valutato al cellulare e non sarebbe stato portato in ospedale. Poi ho parlato con il medico più tardi quel giorno e ho detto che non sarebbe stato portato in ospedale ma che avrebbe ricevuto morfina se avesse avuto dolore. Successivamente è crollato a terra il bagno e la casa di cura hanno chiamato il paramedico che ha accertato che non aveva riportato ferite e lo ha rimesso a letto dicendo agli assistenti di non richiamarli per eventuali sintomi legati al Covid perché non sarebbero tornati. Morì una settimana dopo. Non è mai stato messo sotto esame. Nessun medico è mai venuto alla casa di cura. Il medico lo ha valutato al telefono. In una situazione identica per chi vive a casa invece che in una casa di cura, il consiglio è stato “andare in ospedale”. Il certificato di morte dice polmonite e COVID, ma la polmonite non ci è mai stata menzionata.’

Un dirigente di una casa di cura nello Yorkshire ha detto ad Amnesty International: A marzo, ho cercato di portare un residente in ospedale: l’ambulanza aveva assunto un medico per eseguire il triage, ma hanno detto: “Beh, è comunque morto, quindi non lo mandiamo in ambulanza”... In circostanze normali sarebbe andato in ospedale... Penso che avesse diritto ad essere ricoverato in ospedale. Si tratta di individui che hanno contribuito alla società per tutta la vita a cui è stato negato il rispetto e la dignità che daresti a un 42enne; erano considerati sacrificabili. ‘

Il CQC ha ritenuto necessario rilasciare una dichiarazione nell’agosto 2020 affrontando la questione dei DNR inappropriati assegnati ai residenti delle case di cura senza informare il residente o la loro famiglia –

“È di vitale importanza che le persone anziane e disabili che vivono nelle case di cura e nella comunità possano accedere alle cure e alle cure ospedaliere per COVID-19 e altre condizioni quando ne hanno bisogno durante la pandemia... I fornitori dovrebbero sempre lavorare per prevenire danni evitabili o morte per tutti coloro a cui tengono. Protocolli, linee guida e sistemi di triage dovrebbero essere basati sull’uguaglianza di accesso alle cure e al trattamento. Se si basano sul presupposto che alcuni gruppi hanno meno diritto alle cure rispetto ad altri, ciò sarebbe discriminatorio. Potrebbe anche violare i diritti umani, compreso il diritto alla vita, anche se si temeva che la capacità ospedaliera o di terapia intensiva potesse essere raggiunta.’

Tale dichiarazione è stata rilasciata perché il CQC ha rilevato che il 34% delle persone che lavorano nel settore sanitario e sociale è stato spinto a imporre ordini di “non tentare la rianimazione cardiopolmonare (DNACPR) su pazienti Covid-19 che soffrivano di disabilità e difficoltà di apprendimento, senza coinvolgere il paziente o le loro famiglie nella decisione.

L'evidenza suggerisce che in realtà ti è stato ordinato di rimanere a casa, per proteggere il SSN, in modo che potessero porre fine prematuramente alla vita degli anziani e dei vulnerabili e dirti che erano morti per Covid-19.

I documenti riservati finalmente rilasciati dal SSN lo hanno appena dimostrato.

FONTE