

OLTRE L'APS:
FINANZIARE
LA SALUTE
E I DIRITTI
SESSUALI E
RIPRODUTTIVI
IN UN MONDO
CHE CAMBIA

OLTRE L'APS: FINANZIARE LA SALUTE E I DIRITTI SESSUALI E RIPRODUTTIVI IN UN MONDO CHE CAMBIA

Redatto dal Forum parlamentare europeo per i diritti sessuali e riproduttivi (EPF).
Bruxelles, maggio 2026.

Coautrici/ori (EPF): Yuliya Chervona, Laura Cohen, Neil Datta, Tim Richter,
Silvia Traina, Vladislav Velizandin.

ISBN: 978-2-931029-71-8

Copyright © EPF 2026.

Tutti i diritti riservati. Il contenuto del presente documento non può essere riprodotto senza
previa autorizzazione dell'autore. L'EPF è una rete di parlamentari provenienti da tutta
Europa impegnate/i a tutelare la salute sessuale e riproduttiva di tutte le persone, sia a
livello nazionale che internazionale.

Crediamo fermamente che le donne debbano sempre avere il diritto di decidere il numero di
figli e figlie che desiderano e che non debba mai essere loro negata l'istruzione o qualsiasi
altro mezzo a cui hanno diritto per raggiungere tale obiettivo. Per saperne di più, visita il sito
epfweb.org e seguici su @epfsrr.bsky (BlueSky), @epf_srr (Instagram) e sul nostro canale
YouTube (@europeanparliamentaryforum3612).

La presente pubblicazione si basa su una metodologia di ricerca documentale e potrebbe
essere soggetta a revisioni.

DESIGN: ©DE GEPERSTE KOP BV



Edizione italiana a cura di AIDOS

Traduzione: Benedetta Rossi

Editing: Beatrice Mariottini e Elisa Bernelli

Impaginazione: Tiziano Zuliani

Informazioni: press@aidos.it

www.aidos.it

Settembre 2026



INDICE

Elenco delle Abbreviazioni	4
PREFAZIONE	5
INTRODUZIONE	6
I. SRHR nel mondo: cosa manca (2020 – 2025)	7
1. Quantificare il deficit dei finanziamenti nel settore SRHR	7
a. Tre risultati trasformativi per lo sviluppo della SRHR a livello globale	8
b. I costi di non agire	15
2. SRHR in contesti di crisi: fabbisogno di finanziamenti umanitari	15
II. Vincoli strutturali al finanziamento globale per la SRHR	18
1. Finanziamento pubblico nazionale: capacità limitata	18
2. APS e salute nell'attuale ecosistema finanziario per lo sviluppo	21
3. Ampliamento dell'APS: canali multilaterali	23
III. Oltre l'APS: percorsi di finanziamento complementari	25
1. Ispirarsi a modelli finanziari innovativi	25
2. Country Compacts, modelli di cofinanziamento: due logiche in contrasto	27
3. E la filantropia?	29
IV. Risultati principali e prospettive future	31
Bibliografia	33

ELENCO DELLE ABBREVIAZIONI

Per ragioni di uso consolidato e riconoscibilità terminologica, numerose abbreviazioni hanno mantenuto l'acronimo di lingua inglese

DAC

Comitato di aiuto allo sviluppo

DFI

Istituzioni finanziarie per lo sviluppo

DIB

Obbligazioni di impatto sullo sviluppo

EDFI

Istituzioni finanziarie europee per lo sviluppo

BEI

Banca europea per gli investimenti

EPF

Forum parlamentare europeo per i diritti sessuali e riproduttivi

EU

Unione Europea

MGF

Mutilazioni genitali femminili

FP

Pianificazione familiare

PIL

Prodotto interno lordo

GBV

Violenza di genere

GFF

Meccanismo globale di finanziamento

RNL

Reddito nazionale lordo

IDA

Associazione internazionale per lo sviluppo

SFI

Società finanziaria internazionale

IFM

Meccanismi di finanziamento innovativi

FMI

Fondo Monetario Internazionale

ICPD

Conferenza internazionale sulla popolazione e lo sviluppo

IPCI

Conferenza internazionale parlamentare sull'attuazione dell'ICPD

IPPF

Federazione internazionale per la genitorialità pianificata

LIC

Paesi a basso reddito

LMIC

Paesi a basso e medio reddito

BMS

Banca multilaterale di sviluppo

QFP

Quadro finanziario pluriennale

NDICI

Strumento di vicinato, cooperazione allo sviluppo e cooperazione internazionale (Europa globale)

OCHA

Ufficio per il coordinamento degli affari umanitari

APS

Aiuto pubblico allo sviluppo

OCSE

Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico

FBR

Finanziamento basato sui risultati

RMNCAH

Salute riproduttiva, materna, neonatale, infantile e dell'adolescenza

RMNCAH-N

Salute e nutrizione riproduttiva, materna, neonatale, infantile e dell'adolescenza

SDG

Obiettivi di sviluppo sostenibile

SRHR

Salute e diritti sessuali e riproduttivi

TEI

Team Europe Initiative

UHC

Copertura sanitaria universale

ONU

Organizzazione delle Nazioni Unite

UNDP

Programma delle Nazioni Unite per lo sviluppo

UNFPA

Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione

UNICEF

Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia

USAID

Agenzia degli Stati Uniti per lo sviluppo internazionale

OMS

Organizzazione mondiale della sanità

PREFAZIONE



MEP Abir Al-Sahlani
*vicepresidente della
Commissione per lo
Sviluppo Europeo*

La cooperazione allo sviluppo si è complicata notevolmente, nell'ultimo anno. Gli investimenti negli aiuti allo sviluppo continuano a diminuire, mentre il sistema della salute globale è alle prese con un vuoto di leadership. L'infrastruttura che sostiene la salute e i diritti sessuali e riproduttivi sta diventando sempre più fragile e rischia il collasso, poiché i finanziamenti si stanno esaurendo prima ancora che le risorse statali siano state pienamente sfruttate, in un momento storico in cui il principio stesso del finanziamento alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi viene messo in discussione e i relativi fondi sono particolarmente presi di mira dai tagli. Anziché distogliere lo sguardo, dobbiamo affrontare questa realtà e cambiare rotta finché siamo ancora in tempo.

Le conseguenze sulle persone sono state immediate e strazianti, così come i costi che il Sud Globale ha dovuto sostenere. La vita, i diritti e la dignità delle donne vengono messi da parte, come se le nostre vite contassero meno. Per la prima volta in tanti anni, i progressi nella salute globale stanno subendo una battuta d'arresto in diversi settori chiave. I servizi di salute materna sono stati ridimensionati, le cliniche hanno chiuso i battenti e i prodotti per la pianificazione familiare sono stati lasciati a marcire nei magazzini invece di raggiungere chi ne ha bisogno per evitare gravidanze difficili, pericolose o non intenzionali. Ciò porterà un aumento del numero di donne e bambine che moriranno per malattie e cause prevenibili. Queste perdite si fanno sentire in particolare nelle zone colpite da crisi umanitarie e da conflitti in espansione, dove donne e ragazze sono già esposte a rischi maggiori di violenza sessuale, gravidanze indesiderate e mortalità materna prevenibile. Rischi che, di conseguenza, aumentano in proporzioni esponenziali.

L'Unione Europea in particolare ha una grande responsabilità, in questo momento. La nostra strategia deve rispecchiare i nostri valori basilari ed essere supportata da impegni finanziari a lungo termine in grado di resistere a pressioni politiche di segno inverso. L'uguaglianza di genere e i diritti sessuali e riproduttivi sono fondamentali per lo sviluppo delle persone, la salute pubblica, la partecipazione democratica, la pace, la sicurezza e il raggiungimento degli Obiettivi di sviluppo sostenibile. Non si tratta di dettagli marginali o questioni secondarie. La credibilità dell'Europa ora dipende dalla sua capacità di continuare a tradurre in fatti concreti i propri impegni per l'uguaglianza di genere e i diritti delle donne, anche quando il contesto politico si complica e le finanze pubbliche sono messe alla prova da altre necessità.

Il Parlamento Europeo ha chiarito che il prossimo Quadro finanziario pluriennale dovrà essere all'altezza delle sfide che l'Europa deve affrontare, anche a livello globale, con risorse che si adeguino tanto a nuove priorità quanto a impegni di lungo corso. Ciò deve includere maggiori finanziamenti per l'azione esterna, lo sviluppo, la cooperazione multilaterale, gli aiuti umanitari, l'uguaglianza di genere, la sanità e l'istruzione. L'obiettivo strategico dovrebbe essere quello di sostenere il percorso dei paesi partner verso sistemi sanitari sostenibili e gestiti a livello nazionale, con meccanismi di finanziamento innovativi che rafforzino le capacità interne. In questo momento di caos, impegni chiari, un aumento dei finanziamenti e una politica di sviluppo che metta al centro le donne, le ragazze e i loro diritti andranno a beneficio dell'Europa e del mondo.

INTRODUZIONE

Nel 2025, l'aiuto pubblico allo sviluppo (APS) totale è diminuito per il secondo anno consecutivo, scendendo a livelli che non si registravano dall'inizio dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile. Il calo ha raggiunto proporzioni senza precedenti: la chiusura affrettata di USAID nei primi mesi del 2025 e il congelamento generalizzato dei finanziamenti esteri degli Stati Uniti hanno prodotto effetti immediati e devastanti in tutti i paesi partner, in particolare in Africa. I dati relativi all'APS del 2025 documentano la portata complessiva di tale danno: -26,4% per l'APS bilaterale e -12,7% per l'APS multilaterale.¹

Gli Stati Uniti non sono stati i soli. Germania, Regno Unito, Giappone e Francia (in ordine di volume di APS) rappresentano complessivamente il 95,7% del calo totale dell'APS. Gli Stati Uniti sono responsabili dei tre quarti di tale calo, con una diminuzione dell'APS del 56,9% rispetto al 2024, determinando così la più grande riduzione in termini di volume mai registrata da un singolo donatore in un anno. Per la prima volta nella storia, la Germania è diventata il principale donatore di APS del DAC, con contributi pari a 29,1 miliardi di dollari in totale.²

Un dato che tende a passare inosservato nel dibattito pubblico riguarda la componente più strutturale degli aiuti, ossia i progetti e programmi di cooperazione allo sviluppo, escludendo l'assistenza alle persone rifugiate, gli interventi umanitari e la riduzione del debito. Questa componente – il “cuore” della cooperazione allo sviluppo – era rimasta sostanzialmente stabile e aveva persino registrato una crescita negli anni passati, aumentando del 24,2% tra il 2019 e il 2023. Tuttavia, nel 2025 ha subito un crollo del 26,3%, il calo più consistente mai registrato per questa componente. I tagli non hanno riguardato soltanto le voci più variabili o discrezionali, ma hanno indebolito le fondamenta dell'architettura della cooperazione allo sviluppo.

Anche gli aiuti umanitari sono calati in modo drastico, scendendo del 35,8% fino ad arrivare a 15,5 miliardi di dollari, registrando la seconda contrazione consecutiva dopo cinque anni di crescita ininterrotta. Le proiezioni dell'OCSE lasciano poco spazio all'ottimismo: per il 2026 è previsto un ulteriore calo del 5,8% dell'APS da parte dei paesi del

DAC e questa stima non tiene ancora conto di eventuali ulteriori tagli da parte dell'amministrazione Trump né degli effetti dell'escalation del conflitto in Medio Oriente.³

Il settore sanitario, inclusi i diritti e la salute sessuale e riproduttiva (SRHR) e la pianificazione familiare (FP), è stato colpito in modo sproporzionato. L'insufficienza di finanziamenti a livello globale per i servizi sanitari relativi alla salute riproduttiva, materna, neonatale, infantile e delle persone adolescenti rappresenta da tempo un enorme ostacolo. Le esigenze sono chiare e per lo più quantificate in termini di costi; i finanziamenti, tuttavia, rimangono frammentati, variabili e sempre più disallineati rispetto a tali esigenze.

L'APS rimane fondamentale per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi. Tuttavia, il suo ruolo sta cambiando e la premessa di questa pubblicazione è che tale cambiamento richieda una valutazione onesta: l'APS da solo non può sostenere l'intero peso del finanziamento globale della SRHR. Guardare oltre l'APS significa riconoscere i limiti concreti degli aiuti pubblici così come sono strutturati al momento ed esplorare meccanismi di finanziamento alternativi, una logica diversa di ownership e una transizione responsabile dalla dipendenza dagli aiuti, sia per chi dona che per chi riceve. L'APS è, e rimarrà, strutturalmente necessario per la SRHR almeno nel medio termine. Deve tuttavia essere ripensato come strumento transitorio e catalizzante, affiancato alla mobilitazione di risorse nazionali e a forme di finanziamento innovative e mirate. Strumenti ben lontani dal rappresentare, nel settore sanitario, la soluzione miracolosa cui talvolta si fa riferimento.



L'APS da solo non può sostenere l'intero peso del finanziamento globale della SRHR. Guardare oltre l'APS significa riconoscere i limiti concreti degli aiuti pubblici così come sono strutturati al momento.

¹ Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE), “Un calo storico degli aiuti esteri: dati preliminari sull'APS per il 2025”, 9 aprile 2026, <https://www.oecd.org/en/data/insights/data-explainers/2026/04/a-historic-decline-in-foreign-aid-preliminary-2025-oda-data.html>.

² Ibid.

³ Info-cooperazione, L'anno zero degli aiuti allo sviluppo, 2026, <https://www.info-cooperazione.it/2026/4/l'anno-zero-degli-aiuti-allo-sviluppo-il-2025-cancella-cinque-anni-di-progressi>.

I. SRHR NEL MONDO: COSA MANCA (2020 – 2025)

1 QUANTIFICARE IL DEFICIT DEI FINANZIAMENTI NEL SETTORE SRHR

Per soddisfare pienamente l'attuale fabbisogno globale di servizi e forniture per la SRHR in 128 paesi a basso e medio reddito sarebbero necessari circa 104 miliardi di dollari all'anno. Nel 2024, la spesa annuale effettiva stimata è stata di 50,4 miliardi di dollari, lasciando un deficit di finanziamento di circa 54 miliardi di dollari. Di questo totale, circa 14 miliardi all'anno corrispondono al fabbisogno di contraccezione moderna, che è stato finanziato solo per 9,25 miliardi di dollari, lasciando quindi un deficit di 4,8 miliardi.⁴

Ai fini della presente pubblicazione, i finanziamenti destinati alla SRHR comprendono la contraccezione moderna, l'assistenza materna e neonatale, l'assistenza all'aborto, nonché la prevenzione e il trattamento delle infezioni sessualmente trasmissibili (IST). Nella rendicontazione dell'APS, la spesa relativa alla SRHR rientra nella categoria più ampia della salute riproduttiva, materna, neonatale, infantile e dell'adolescenza (RMNCAH).

OBIETTIVI DI SVILUPPO SOSTENIBILE (SDG): CONTESTO FINANZIARIO

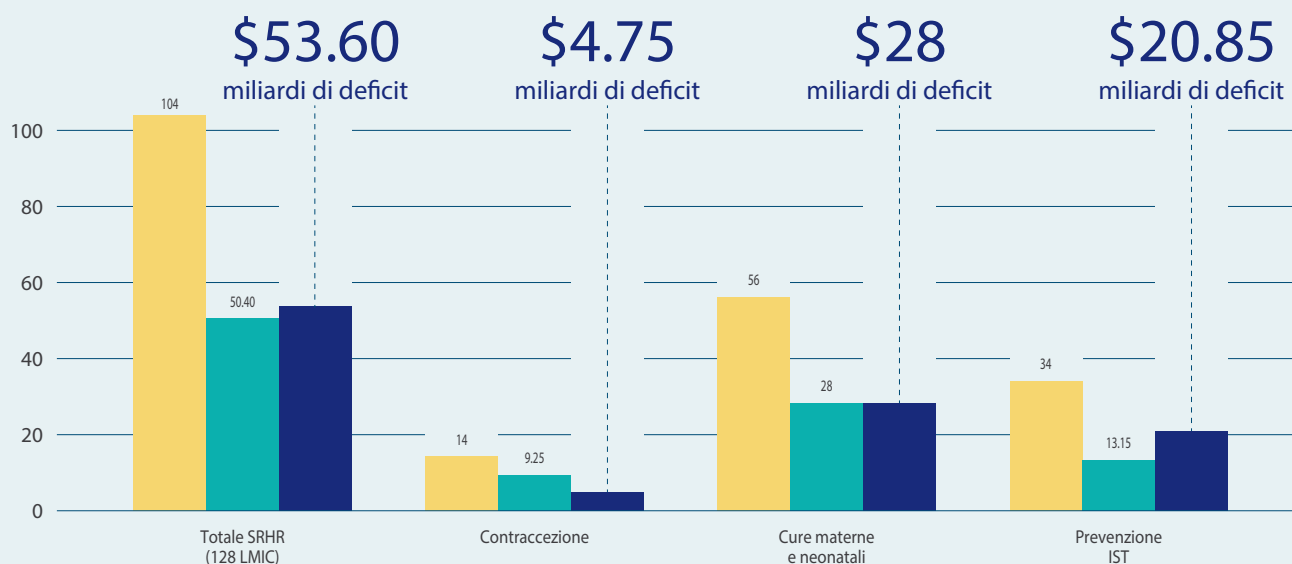
I cosiddetti "paesi in via di sviluppo" devono far fronte a un deficit di finanziamento annuale per gli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG) pari a circa 3-4 miliardi di dollari USA. A causa di investimenti insufficienti, circa la metà dei 140 target misurabili degli SDG non è in linea con le previsioni per il 2030. Il quadro descritto mette a rischio settori cruciali, tra cui la salute sessuale e riproduttiva (SRHR) e la salute materna, neonatale, infantile e dell'adolescenza (RMNCAH), in un contesto di vincoli fiscali crescenti.⁵



Figura 1. Fabbisogno globale di SRHR rispetto ai finanziamenti (2024)

Miliardi di dollari USA, 128 LMIC.

● Bisogno ● Finanziamento ● Deficit



Fonte: GUTTMACHER INSTITUTE, ADDING IT UP 2024.

I DATI RELATIVI ALLA SALUTE MATERNA E NEONATALE E ALLE INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMISSIBILI (IST) RAPPRESENTANO STIME INDICATIVE DELLE RIPARTIZIONI PROPORZIONALI.

⁴ E. A. Sully, J. D. Rosenberg, M. Tignor, C. E. Geddes, A. D. Fernandez, and C. Polis, Adding It Up 2024: Investing in Sexual and Reproductive Health in Low- and Middle-Income Countries, Guttmacher Institute, 2025.

⁵ Conferenza delle Nazioni Unite sul commercio e lo sviluppo, Rapporto 2024 sui finanziamenti allo sviluppo sostenibile, Nazioni Unite, 2025, <https://unctad.org/publication/financing-sustainable-development-report-2024>.

A TRE RISULTATI TRASFORMATIVI PER LO SVILUPPO DELLA SRHR A LIVELLO GLOBALE

Investire nella salute sessuale e riproduttiva genera benefici sociali ed economici misurabili. Il Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (UNFPA) fa appello alla comunità internazionale per raggiungere tre obiettivi trasformativi entro il 2030, termine previsto per gli Obiettivi di sviluppo sostenibile: porre fine alle morti materne evitabili, soddisfare tutti i bisogni insoddisfatti in materia di contraccezione ed eliminare tutte le pratiche dannose, tra cui la violenza di genere, le mutilazioni genitali femminili e i matrimoni precoci.



INDICE DI MORTALITÀ MATERNA (NUMERO DI DECESSI MATERNI PER 100.000 NATE/I VIVI) (2023)

- 1000 <
- 600 to 999
- 500 to 599
- 350 to 499
- 85 to 349
- 30 to 84
- 0 to 29

© OLTRE L'APS: FINANZIARE LA SALUTE E I DIRITTI SESSUALI E RIPRODUTTIVI IN UN MONDO CHE CAMBIA – 2026

FONTE: UNFPA (2020).
WORLD POPULATION
DASHBOARD

1

PORRE FINE ALLE MORTI MATERNE EVITABILI

per garantire che nessuna donna muoia di parto, obiettivo che è stato raggiunto in gran parte nei paesi donatori. Al momento il 99% di tutti i decessi materni si verifica nei paesi a basso e medio reddito e oltre la metà dei casi sono legati a contesti fragili e di crisi umanitaria. È preoccupante che i progressi verso l'eliminazione della mortalità materna a livello globale siano in stallo dal 2016⁶. Le stime indicano che ogni dollaro investito nella salute riproduttiva, materna, neonatale e infantile nei paesi a basso e medio reddito genera un ritorno compreso tra 7 e 11 dollari in termini di benefici economici e sociali per le famiglie e le società, con un impatto maggiore nei paesi che devono affrontare alti tassi di mortalità materna e infantile.⁷

⁶ Fondazione Gates, 2025 Goalkeepers report: We can't stop at almost, <https://www.gatesfoundation.org/goalkeepers/report/2025-report/>.

⁷ UNFPA, Investing in three transformative results: Realizing powerful returns, 2022.



**COSA OCCORRE
PER PORRE FINE
ALLE MORTI
MATERNE
EVITABILI ENTRO
IL 2030 IN 120
PAESI PRIORITARI?**

**Costo totale
necessario
\$115.5
miliardi**

**Finanziamenti
previsti
\$11.9
miliardi**

**Deficit di
finanziamento
\$103.6
miliardi**

FONTE: UNFPA (2019). THIS IS HOW MUCH IT WILL COST TO REALIZE THE WORLD WE WANT.
[HTTPS://WWW.UNFPA.ORG/NEWS/HOW-MUCH-IT-WILL-COST-REALIZE-WORLD-WE-WANT](https://www.unfpa.org/news/how-much-it-will-cost-realize-world-we-want)



**A livello globale, ogni anno
295.000 donne muoiono per
cause materne prevenibili.**



BISOGNO NON SODDISFATTO DI PIANIFICAZIONE FAMILIARE (FP)

NEI PAESI CHE RICEVONO APS
(DONNE TRA I 15 E I 49 ANNI, %) (2025)

- 20% to 30%
- 15% to 19%
- 11% to 14%
- 0 to 10%

© OLTRE L'APS: FINANZIARE LA
SALUTE E I DIRITTI SESSUALI
E RIPRODUTTIVI IN UN MONDO
CHE CAMBIA - 2026

FONTE: UNFPA (2020).
WORLD POPULATION
DASHBOARD

2 SODDISFARE TUTTE LE ESIGENZE NON SODDISFATTE NELLA PIANIFICAZIONE FAMILIARE

A livello globale, solo 8 donne su 10 con un bisogno riconosciuto di contraccezione utilizzano attualmente un metodo moderno per raggiungere i propri obiettivi riproduttivi. I progressi sono insufficienti per raggiungere l'obiettivo fissato per il 2030. Ogni dollaro in più investito nei servizi contraccettivi oltre gli attuali livelli di spesa genererebbe un risparmio di circa 2,48 dollari USA in assistenza materna, neonatale e per l'aborto, poiché un maggiore ricorso alla contraccezione riduce il numero di gravidanze indesiderate e i relativi costi sanitari.⁹ Investire 79 miliardi di dollari in più nei 29 interventi essenziali di pianificazione familiare e salute materna in tutto il mondo potrebbe generare, tra il 2022 e il 2050, risultati sanitari migliori e una maggiore produttività a lungo termine, per un valore pari a 660 miliardi di dollari circa.¹⁰

⁹ Op. cit. Gates Foundation, 2025 Goalkeepers report.

⁹ E. A. Sully, J. D. Rosenberg, M. Tignor, C. E. Geddes, A. D. Fernandez, and C. Polis, Adding It Up 2024: Investing in Sexual and Reproductive Health in Low- and Middle-Income Countries, 2025.

¹⁰ Vite interconnesse, intrecci di speranza: mettere fine alle disuguaglianze nella salute e nei diritti sessuali e riproduttivi, 2024.



**COSA OCCORRE PER
COLMARE IL FABBISOGNO
INSODDISFATTO DI
PIANIFICAZIONE
FAMILIARE IN 120 PAESI
PRIORITARI ENTRO IL
2030?**

**Spesa totale
necessaria**

**\$68.5
miliardi**

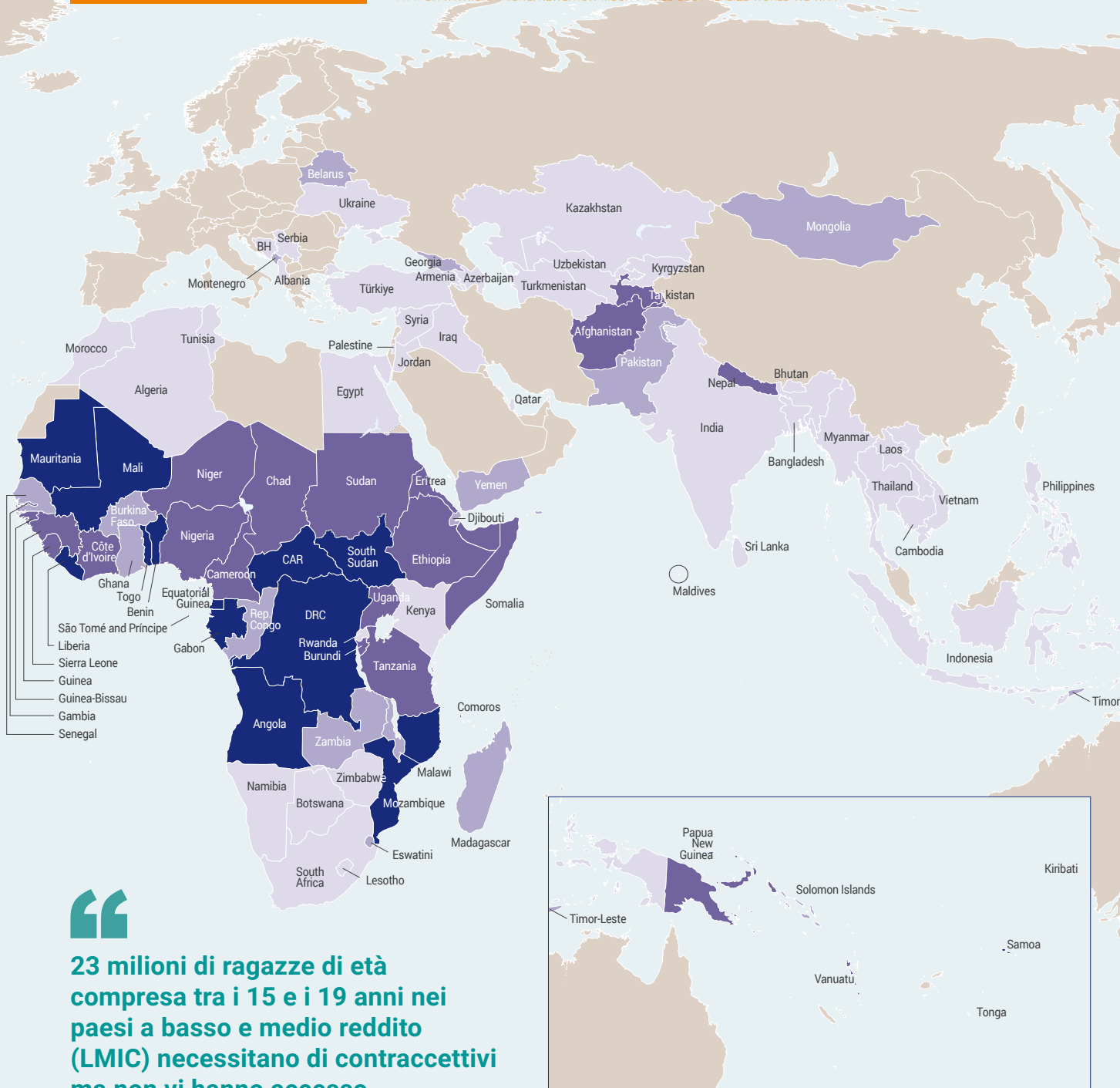
**Finanziamenti
previsti**

**\$8.6
miliardi**

**Deficit di
finanziamento**

**\$59.9
miliardi**

FONTE: UNFPA. (2019). THIS IS HOW MUCH IT WILL COST TO REALIZE THE WORLD WE WANT.
[HTTPS://WWW.UNFPA.ORG/NEWS/HOW-MUCH-IT-WILL-COST-REALIZE-WORLD-WE-WANT](https://www.unfpa.org/news/how-much-it-will-cost-realize-world-we-want)



“

**23 milioni di ragazze di età
compresa tra i 15 e i 19 anni nei
paesi a basso e medio reddito
(LMIC) necessitano di contraccettivi
ma non vi hanno accesso.**



PREVALENZA DEI MATRIMONI PRECOCI

(RAGAZZE SOTTO I 18 ANNI,%)

- 54% to 100%
- 35% to 53%
- 25% to 34%
- 15% to 24%
- 5% to 14%
- 0 to 4%

© OLTRE L'APS: FINANZIARE LA
SALUTE E I DIRITTI SESSUALI
E RIPRODUTTIVI IN UN MONDO
CHE CAMBIA – 2026

FONTE: UNFPA (2020).
WORLD POPULATION
DASHBOARD



3

ELIMINARE TUTTE LE PRATICHE DANNOSE

Eliminare tutte le pratiche dannose, con particolare attenzione ai matrimoni precoci e alle mutilazioni genitali femminili (MGF). Sia le MGF che i matrimoni precoci sono in calo a livello globale, ma non abbastanza rapidamente da poter raggiungere l'obiettivo degli SDG di eliminarli entro il 2030; inoltre, la crescita demografica nelle aree ad alta prevalenza fa sì che il numero assoluto di persone a rischio possa rimanere elevato, a meno che i progressi non accelerino. Al ritmo attuale, ci vorranno ancora 300 anni prima che i matrimoni precoci vengano eliminati del tutto.¹¹

¹¹ UNICEF, Is an end to child marriage within reach? Latest trends and future prospects, 2023, https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2023/05/Is_an_End_to_Child_Marriage_Within_Reach-3.pdf.

COSA OCCORRE PER ELIMINARE I MATRIMONI PRECOCI ENTRO IL 2030 IN 68 PAESI PRIORITARI?

Spesa totale necessaria

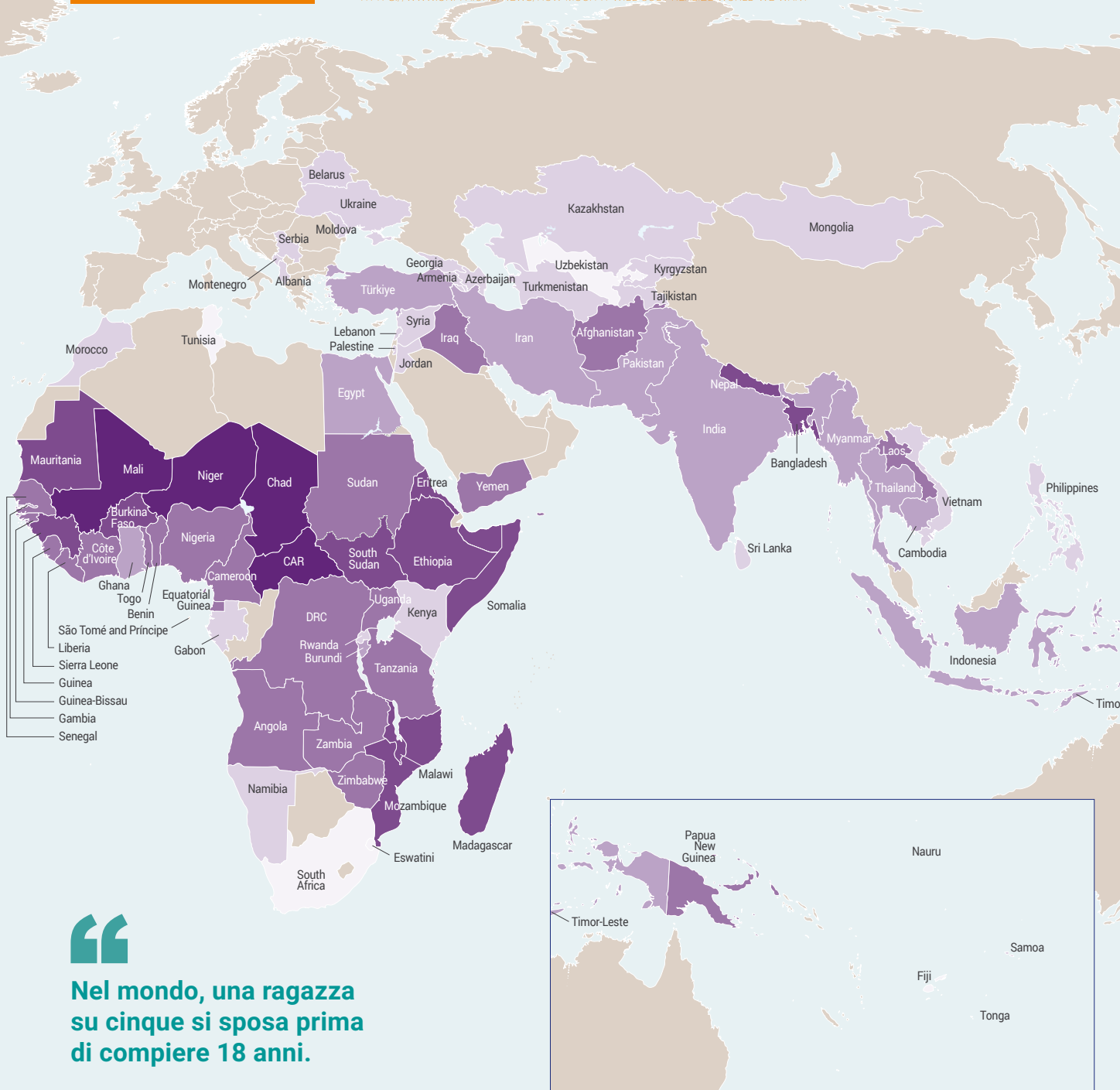
\$35
miliardi

Finanziamenti previsti

**\$10.9
miliardi**

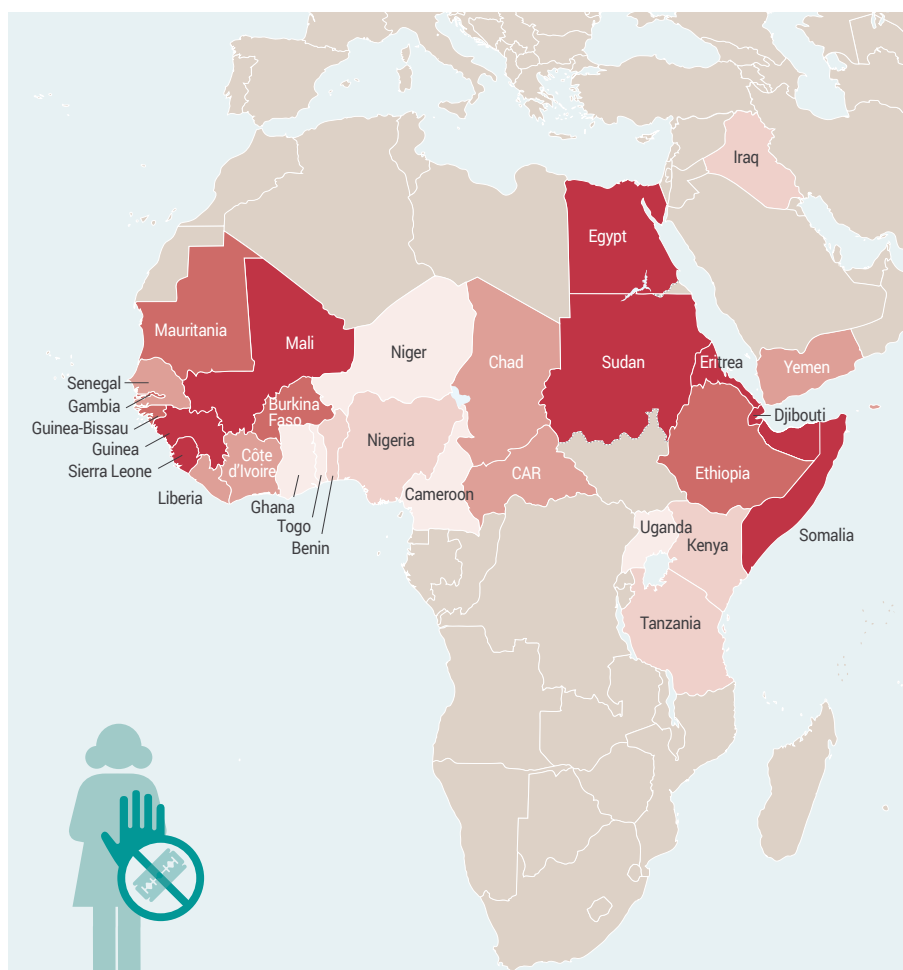
Deficit di finanziamento

\$24.1
miliardi



“

Nel mondo, una ragazza su cinque si sposa prima di compiere 18 anni.



PREVALENZA DELLE MUTILAZIONI GENITALI FEMMINILI (MGF)

(RAGAZZE TRA I 15 E I 49 ANNI,%)

- 71 to 100%
- 49% to 70%
- 16% to 48%
- 6% to 15%
- 0 to 5%

© OLTRE L'APS: FINANZIARE LA SALUTE E I DIRITTI SESSUALI E RIPRODUTTIVI IN UN MONDO CHE CAMBIA - 2026

FONTE: UNFPA (2020). WORLD POPULATION DASHBOARD



Oltre 230 milioni di donne nel mondo sono state sottoposte a MGF.

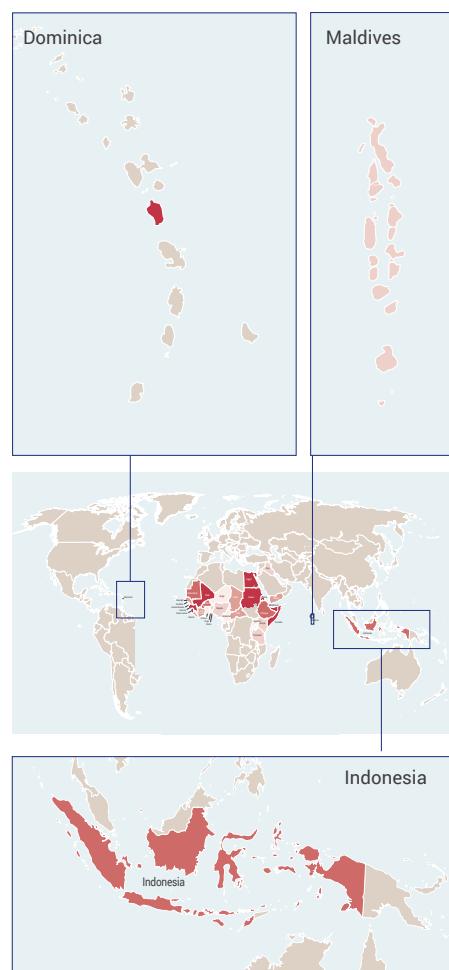
COSA OCCORRE PER ELIMINARE LE MGF ENTRO IL 2030 IN 31 PAESI PRIORITARI?

Spesa totale necessaria \$2.4 miliardi

Spesa prevista \$275 milioni

Deficit di finanziamento \$2.1 miliardi

FONTE: UNFPA. (2019). THIS IS HOW MUCH IT WILL COST TO REALIZE THE WORLD WE WANT. [HTTPS://WWW.UNFPA.ORG/NEWS/](https://www.unfpa.org/news/how-much-it-will-cost-realize-world-we-want)



Somalia	99
Guinea	95
Djibouti	90
Dominica	90
Mali	89
Egypt	87
Sudan	87
Sierra Leone	83
Eritrea	83
Gambia	73
Ethiopia	65
Mauritania	64
Burkina Faso	56
Guinea-Bissau	52
Indonesia*	49
Côte d'Ivoire	37
Chad	34
Liberia	32
Senegal	25
CAR	22
Yemen	19
Kenya	15
Nigeria	15
Maldives	13
Benin	9
Tanzania	8
Iraq	7
Togo	3
Ghana	2
Niger	2
Cameroon	1
Uganda	0

*UNICEF (2013): PREVALENCE AMONG GIRLS AGED 0 TO 14 YEARS

B I COSTI DI NON AGIRE

“VIVERE O MORIRE È UNA DECISIONE POLITICA.”

Dichiarazione d'impegno (2024), Conferenza internazionale parlamentare sull'attuazione del Programma d'azione dell'ICPD

La decisione della seconda amministrazione Trump di smantellare USAID e porre fine all'83% dei suoi programmi rappresenta il più grande¹² ritiro di finanziamenti per la salute dai paesi a basso e medio reddito nella storia recente. Secondo una previsione pubblicata su **The Lancet Global Health**, la sospensione totale dei finanziamenti statunitensi potrebbe, entro il 2030, comportare:¹³

- 440–55 milioni di gravidanze indesiderate in più e 12–16 milioni di aborti non sicuri in più in 51 paesi;
- 2,5 milioni di morti infantili in più per cause diverse dall'HIV e dalla tubercolosi in 24 paesi;
- 340 mila decessi materni in più a causa della carenza di servizi per la salute e la pianificazione familiare.

A queste proiezioni si aggiungono i tagli da parte di altri paesi donatori. In particolare, si prevede che i finanziamenti destinati alla salute subiscano un calo fino al 60% rispetto al 2022. In uno scenario di ingente riduzione dei finanziamenti, i tagli continui all'APS potrebbero causare, entro il 2030, 22,6 milioni di morti in più in tutte le fasce d'età, di cui 5,4 milioni tra bambine/i sotto i cinque anni¹⁵.

¹² S. Huckstep, L. Granito, S. Casadevall Bellés, and L. Crawford, Charting the fallout of aid cuts: Which countries will be hit hardest, as multiple donors cut budgets? Center for Global Development, 2025, <https://www.cgdev.org/blog/charting-fallout-aid-cuts>.

¹³ J. Stover, E. Sonneveldt, Y. Tam, K. C. Horton, A. N. Phillips, J. Smith, R. Martin-Hughes, D. Brink, ten, Citron, D. T., Kim, H.-Y., Akullian, A., Mudimu, E., Pickles, M., Bershteyn, A., Williamson, J., Meyer-Rath, G., Jamieson, L., Sully, E. A., White, J. N., Kaftan, D. Effects of reductions in US foreign assistance on HIV, tuberculosis, family planning, and maternal and child health: A modelling study, *The Lancet Global Health*, 13(10), e1669–e1680, 2025.

¹⁴ OECD, Cuts in official development assistance: OECD projections for 2025 and the near term, OECD Policy Briefs, 2025.

¹⁵ A. F. Silva, da, Anderle, R. V. R., Barreix Sibils, G., Ferreira de Sales, L, de O., Pena, D., Monti, C., Rasella, D. The impact of two decades of humanitarian and development assistance and the projected mortality consequences of current defunding to 2030: Retrospective evaluation and forecasting analysis, ISGlobal – Barcelona Institute for Global Health, 2025.

2 SRHR IN CONTESTI DI CRISI: FABBISOGNO DI FINANZIAMENTI UMANITARI¹⁶

La portata e la gravità delle crisi umanitarie sono in espansione e, di conseguenza, anche l'aumento delle richieste globali sulla salute e i diritti sessuali e riproduttivi. Nel 2025, l'Ufficio delle Nazioni Unite per il coordinamento degli affari umanitari ha stimato che circa **305 milioni** di persone nel mondo hanno avuto bisogno di assistenza umanitaria, più del doppio rispetto al numero registrato cinque anni prima. Tale aumento è determinato principalmente da conflitti armati, da sfollamenti forzati a lungo termine e dal conseguente collasso del sistema sanitario pubblico in posti come Gaza, Ucraina, Sudan, Yemen, Sahel e Corno d'Africa. Il cambiamento climatico e le conseguenti catastrofi naturali contribuiscono ulteriormente al peggioramento della situazione.

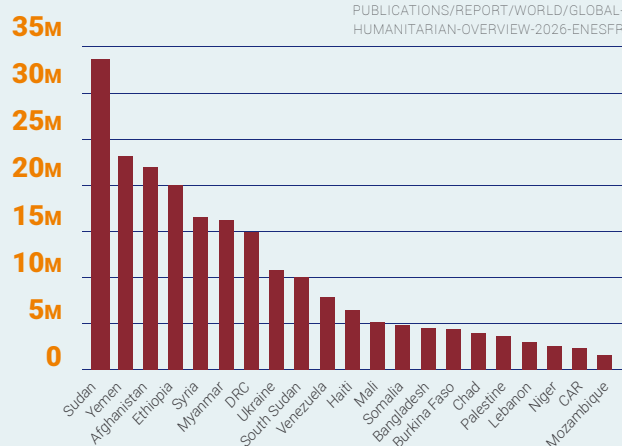
I bisogni legati alla SRHR sono colpiti in misura sproporzionata nei contesti umanitari. UNFPA ha stimato che, solo nel 2024, circa 48 milioni di donne, ragazze e persone giovani in contesti di crisi avevano necessità di servizi di SRHR e la cifra analoga di 45 milioni è stata registrata nel 2025, per un costo totale stimato di 1,4 miliardi di dollari. Questi dati riguardano 11 milioni di donne in gravidanza che hanno bisogno di un parto sicuro e cure ostetriche di emergenza, nonché donne e adolescenti con bisogni contraccettivi insoddisfatti e persone sopravvissute a violenze sessuali, che riguardano 1 donna su 5 nei contesti umanitari.

Inoltre, in tali contesti, si concentrano i rischi per le donne e le ragazze in generale. UNFPA riferisce che circa il **60% delle morti materne evitabili** avviene in contesti fragili e colpiti da crisi, compresi i campi profughi. Gli sfollamenti forzati, l'insicurezza e la povertà aumentano l'esposizione allo sfruttamento sessuale, ai matrimoni precoci e forzati e alle gravidanze indesiderate. I sistemi sanitari sono spesso i primi a essere colpiti dai conflitti.

Figura 2. Totale delle persone che necessitano assistenza

In milioni, 2026

FONTE: [HTTPS://WWW.UNOCHA.ORG/PUBLICATIONS/REPORT/WORLD/GLOBAL-HUMANITARIAN-OVERVIEW-2026-ENESFR](https://www.unocha.org/publications/report/world/global-humanitarian-overview-2026-ENESFR)



SUDAN: QUANDO UN TAGLIO DEI FINANZIAMENTI EQUIVALE ALLA PERDITA DI VITE UMANE

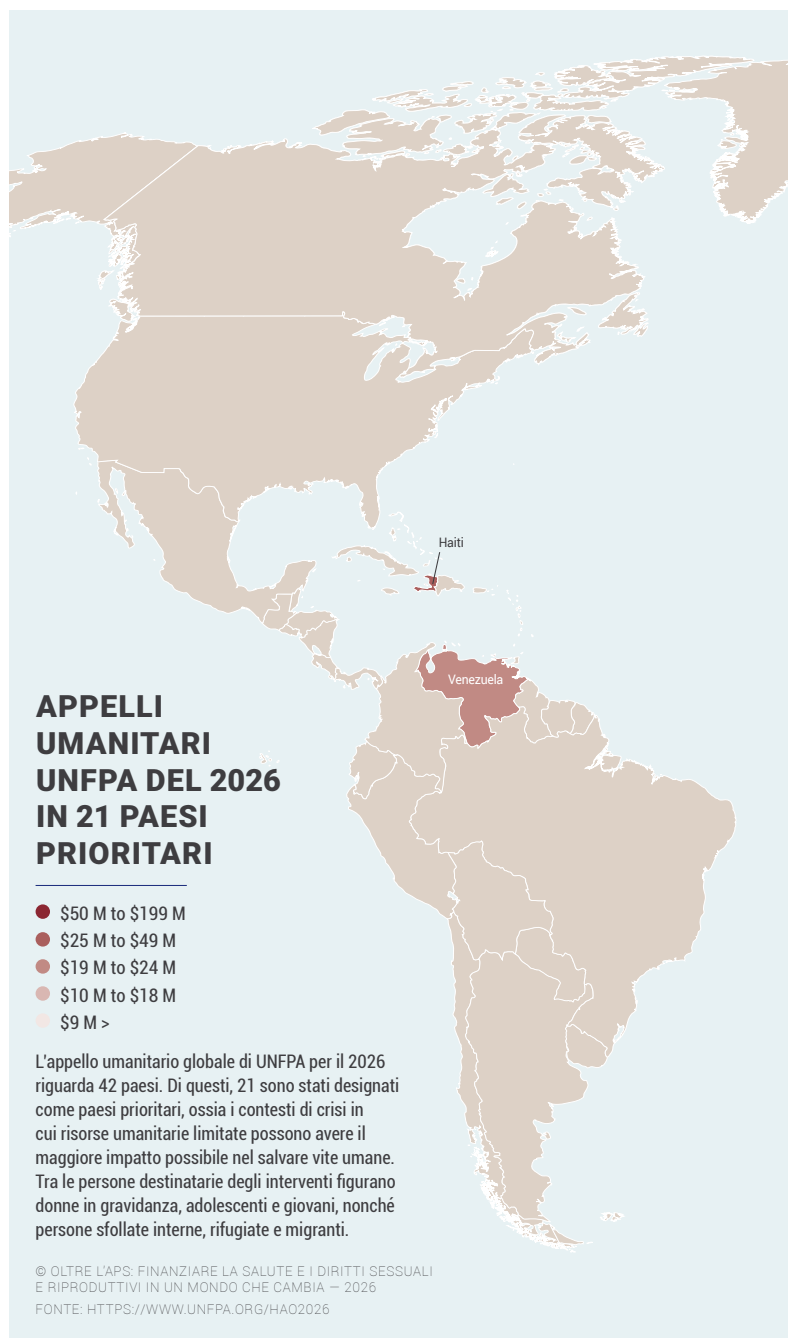
Attualmente in Sudan sono in corso la crisi umanitaria e lo sfollamento forzato più gravi al mondo, nonché la dimostrazione concreta dell'impatto dei tagli ai finanziamenti sulla vita di donne e ragazze. Quasi 34 milioni di persone, pari a circa il 65% della popolazione, hanno urgente bisogno di aiuti umanitari. Circa 14 milioni sono sfollate, di cui oltre 4 milioni sono fuggite in paesi confinanti come il Ciad, l'Egitto e il Sud Sudan.

Indicatori chiave a settembre 2025:

- Il numero delle strutture sanitarie sostenute da UNFPA si è dimezzato nel giro di un anno: da 90 all'inizio del 2025 a 47 a settembre, a causa dei tagli ai finanziamenti.
- L'ospedale ostetrico di El Fasher, ultima struttura di questo tipo ancora operativa in una città assediata di 260.000 civili, ha subito un attacco diretto e ha dovuto affrontare una grave carenza di forniture mediche essenziali.
- Oltre l'80% delle strutture sanitarie nelle zone colpite da conflitti non è operativo, e circa 726.520 donne incinte non hanno un accesso sicuro a cure ostetriche di emergenza.
- Solo nel mese di settembre 2025 sono state segnalate ufficialmente 590 morti materne; il numero effettivo potrebbe essere molto più elevato.
- A settembre 2025, era stato finanziato solo il 35% dell'appello umanitario di UNFPA per il Sudan, pari a 145,7 milioni di dollari.

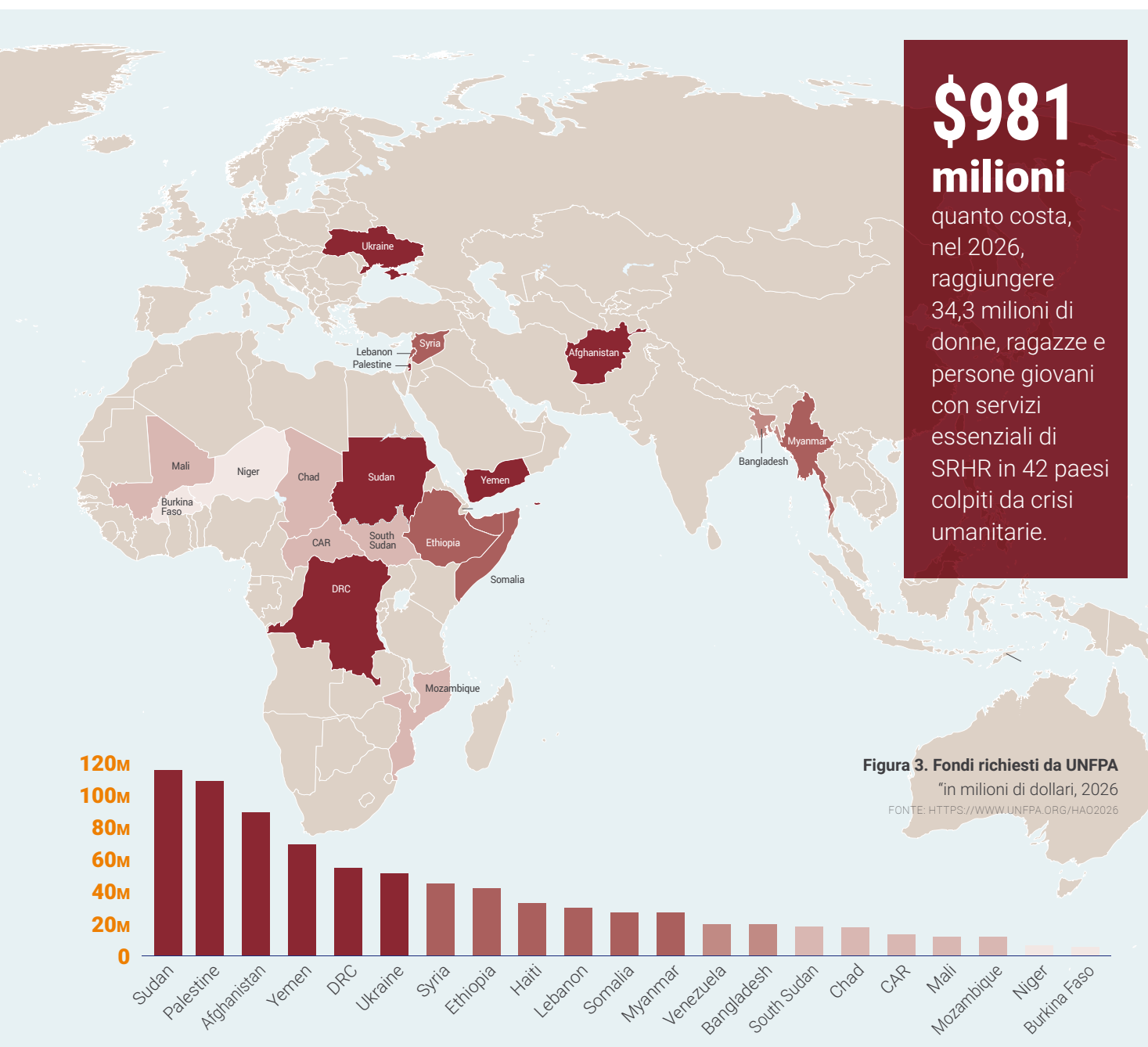
Le conseguenze si estendono oltre i confini del Sudan: oltre un milione di persone rifugiate provenienti dal Sudan sono fuggite in Ciad, il cui Indice di Sviluppo Umano si colloca al 190° posto su 193 paesi. In tale contesto, il crollo dei fondi destinati agli aiuti umanitari impedisce sia alle comunità ospitanti che alle popolazioni sfollate di accedere a generi alimentari di prima necessità, acqua o servizi sanitari.

Fonte: United Nations Population Fund (UNFPA), *UNFPA Situation Report on Sudan – March 2026*, UNFPA Sudan, May 2026, <https://www.unfpa.org/resources/unfpa-situation-report-sudan-%E2%80%9393-march-2026>.



SRHR COME ELEMENTO CENTRALE DELLA RISPOSTA UMANITARIA: I DIGNITY KIT

Uno strumento efficace di risposta umanitaria per la salute sessuale e riproduttiva è la distribuzione dei "dignity kit", come quelli forniti da UNFPA. Questi pacchi contenenti prodotti essenziali per l'igiene e la salute mestruale, che in genere comprendono assorbenti sia monouso che riutilizzabili, sapone, biancheria intima e altri articoli a seconda del contesto, sono concepiti per aiutare le donne e le ragazze a gestire bisogni fisici fondamentali in contesti di crisi. Con un costo medio compreso tra 15 e 25 dollari, i dignity kit rappresentano un intervento estremamente efficiente in termini di costi, che risponde a bisogni immediati spesso trascurati quando, nelle emergenze, si dà priorità al cibo, al riparo e alla sicurezza fisica.



Nel 2024, UNFPA ha riferito di aver distribuito **895.936 dignity kit in 48 paesi**, di cui 42.000 destinati a donne e ragazze in Sudan. Il numero complessivo di kit distribuiti è tuttavia diminuito rispetto ai 925.300 del 2023, rispecchiando così il calo generale dei contributi dei donatori.¹⁷

Oltre a soddisfare bisogni fisici immediati, i dignity kit rappresentano un importante punto di accesso a programmi più ampi in materia di SRHR: migliorano la mobilità e la sicurezza, riducono i rischi per la salute associati a un'igiene mestruale inadeguata e offrono al personale umanitario opportunità concrete per mettere in contatto le persone raggiunte con servizi di assistenza sanitaria materna, pianificazione familiare e sostegno alle persone colpite da violenza di genere.¹⁸

La portata dei bisogni insoddisfatti non è un fenomeno naturale. È il risultato di scelte strutturali nell'allocazione dei bilanci pubblici, nell'organizzazione dei finanziamenti per lo sviluppo e del modo in cui l'impegno politico si traduce o meno in finanziamenti prevedibili.

¹⁶ Ufficio delle Nazioni Unite per il coordinamento degli affari umanitari (OCHA), Total humanitarian fundings – granted and requested – available at Home | Financial Tracking Service, Accessed 29 April, 2026.

¹⁷ Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (UNFPA), Annex 2: UNFPA humanitarian update, 2023: Report of the Executive Director—Progress in implementing the UNFPA strategic plan, 2022–2025, 2024, https://www.unfpa.org/sites/default/files/board-documents/main-document/Annex%20-%20Humanitarian%20update%202023_FINAL.pdf.

¹⁸ Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione (UNFPA), 5 motivi per cui il sostegno alle donne durante il ciclo mestruale è fondamentale in una crisi umanitaria, 2024, <https://www.unfpa.org/news/5-reasons-why-menstruation-support-critical-humanitarian-crisis>.

II. VINCOLI STRUTTURALI AL FINANZIAMENTO GLOBALE PER LA SRHR

La salute non è una merce. Non genera rendimenti a breve termine, non può funzionare attraverso progetti isolati né essere sostenuta o meno in base ai cicli di finanziamento. La solidità di un sistema sanitario dipende dalle infrastrutture su cui poggia: elettricità, acqua potabile, catene di approvvigionamento, personale qualificato e retribuito. Laddove queste basi siano assenti o fragili, anche interventi ben concepiti non riescono a produrre risultati duraturi.

Questo ha conseguenze dirette sulle modalità di finanziamento della salute. I programmi sanitari finanziati attraverso donazioni possono influenzare le priorità nazionali, determinare risultati misurabili e mantenere un peso significativo sulle modalità di valutazione dei risultati e, di conseguenza, sull'erogazione dei fondi. La responsabilità di questi fenomeni è di chi sta in alto, di chi finanzia, e non della popolazione raggiunta, che si trova in basso. Non si tratta di un problema marginale di governance, ma di un'inversione strutturale della sovranità.

Tuttavia, per sua natura la sanità richiede finanziamenti pubblici e, nella maggior parte dei contesti a basso reddito, questi corrispondono all'APS. I tagli a questi finanziamenti comportano conseguenze dirette e misurabili sull'accesso ai servizi, ai beni di prima necessità e alle cure. Con la contrazione dei bilanci destinati agli aiuti, è necessario sfruttare al massimo l'APS disponibile: finanziando direttamente i servizi laddove le carenze sono critiche e lavorando al contempo per la creazione di sistemi sanitari sostenibili che non dipendano più dall'APS.

1 FINANZIAMENTO PUBBLICO NAZIONALE: CAPACITÀ LIMITATA

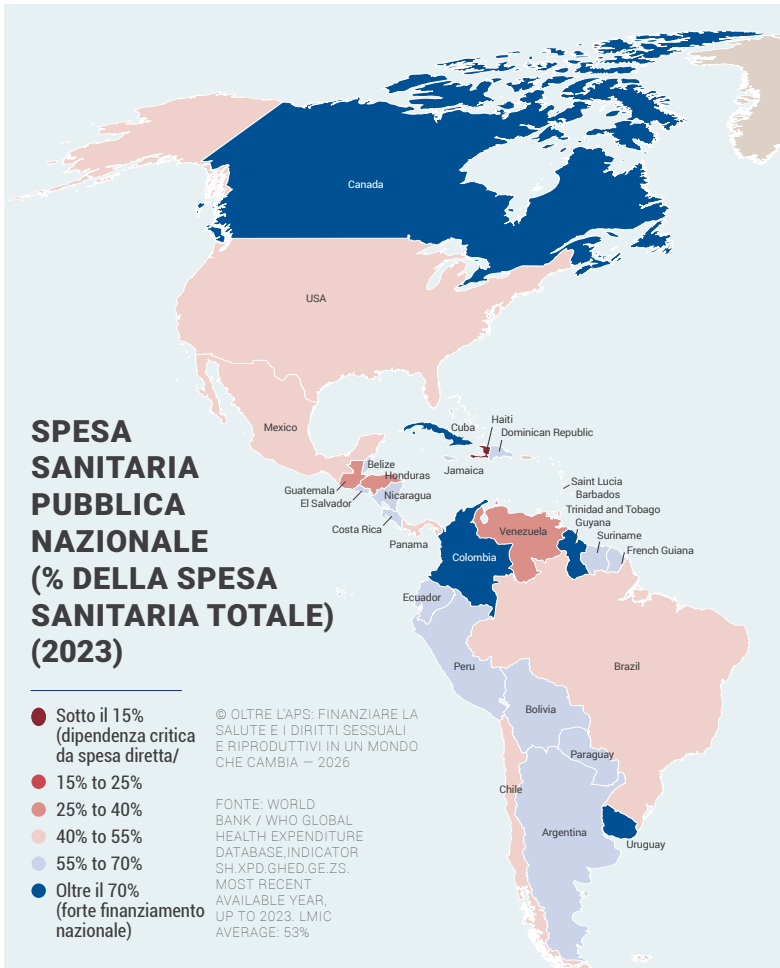
Garantire finanziamenti nazionali per la FP/RMNCAH e la salute sessuale e riproduttiva è un obbligo in materia di diritti e un obiettivo strutturale dell'Agenda 2030. L'Obiettivo di sviluppo sostenibile (SDG) 3.8 impegna gli Stati a garantire la copertura sanitaria universale¹⁹ (UHC), includendo la protezione dai rischi finanziari. In pratica, ciò significa che l'accesso ai servizi essenziali non deve esporre le famiglie a spese sanitarie catastrofiche o che ne causino l'impoverimento.

Il quadro di monitoraggio dell'OMS e della Banca mondiale²¹ definisce come "spesa sanitaria catastrofica" quella sostenuta direttamente da chi ha bisogno delle cure che superi una determinata quota del bilancio familiare, solitamente pari al 10% o al 25% in caso di gravi difficoltà economiche.

Dipendenza dai finanziamenti esterni nei 5 paesi con la quota più bassa di spesa pubblica per la sanità (2023)

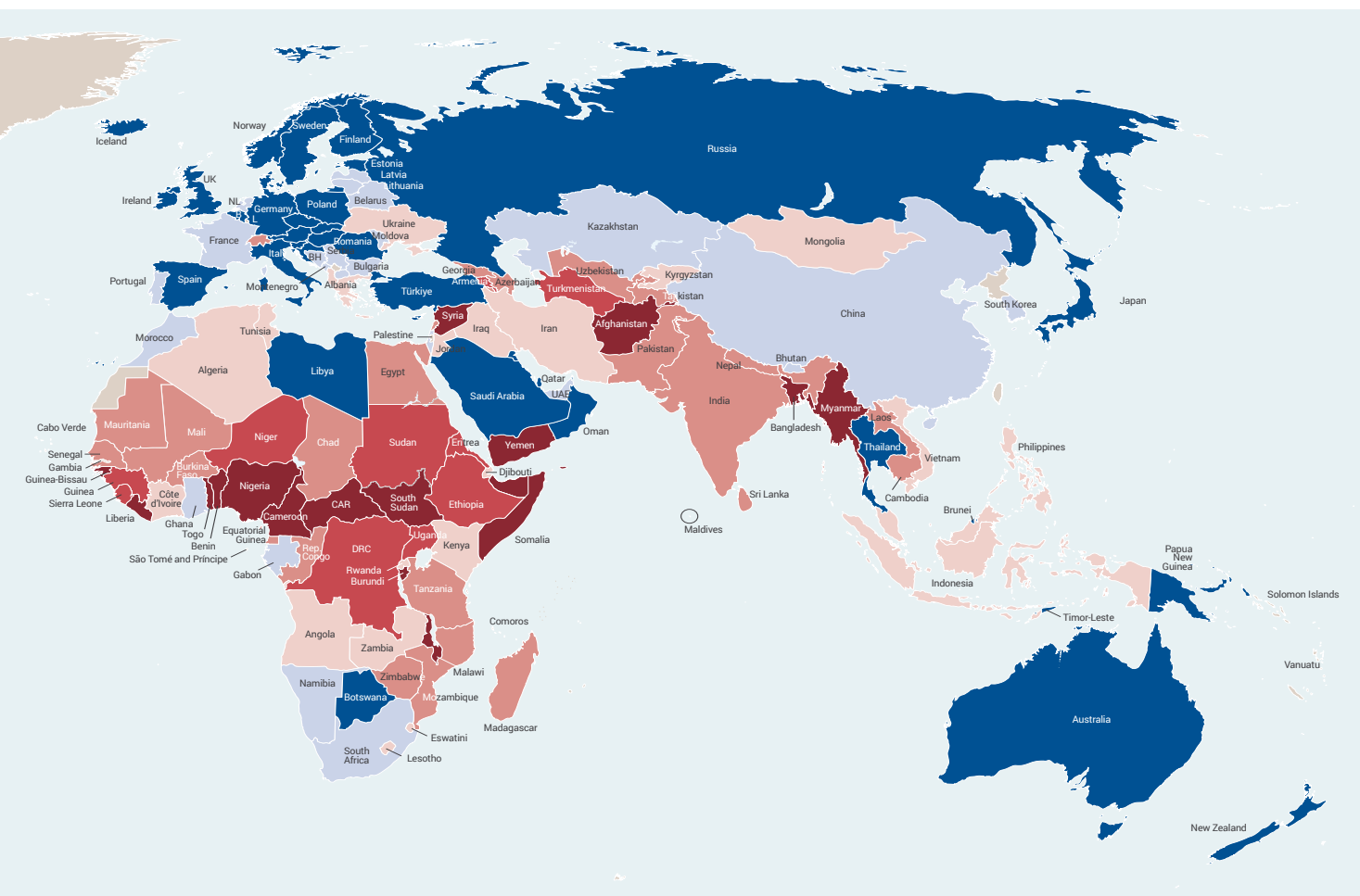
— Banca dati dell'OMS sulla spesa sanitaria globale (contesti umanitari)

2023	Spesa sanitaria pubblica (nazionale)	Spese a carico di pazienti (out-of-pocket)	Aiuti esterni	Altro (pagamenti anticipati facoltativi, assicurazione sanitaria ecc.)
Afghanistan	1.7%	77.1%	21.2%	0%
Sud Sudan	4.3%	27.1%	62.3%	6.3%
Yemen	8.4%	69.1%	21%	1.5%
Haiti	9.3%	52.4%	31.6%	6.7%
Liberia	10%	63.2%	18.3%	8.5%



Tuttavia, in molti LMIC, la protezione finanziaria rimane incompleta; secondo la Banca dati dell'OMS sulla spesa sanitaria globale (2024), la spesa sanitaria pubblica nazionale rappresenta meno della metà della spesa sanitaria totale in molti LMIC²² con una media del 53,02% per il 2023 – il valore più basso si registra in Afghanistan con l'1,65%²³, seguito dal Sud Sudan con il 4,32%²⁴. La parte restante è finanziata principalmente attraverso pagamenti direttamente a carico delle persone e/o da risorse esterne.

Un'alta percentuale di spesa a carico di pazienti comporta minore protezione finanziaria e aumenta il rischio di spese sanitarie catastrofiche.



Questo fenomeno rimane concentrato nei paesi a basso e medio reddito, che registrano inoltre la quasi totalità di morti materne a livello globale²⁵ e una quota sproporzionata di fabbisogno insoddisfatto di contraccezione moderna (sopra).

La via principale per garantire un finanziamento pubblico della sanità che sia sostenibile consiste quindi nel rafforzare la capacità di gettito fiscale.

Al momento, 71 paesi del Sud Globale raccolgono meno del 15% del proprio prodotto interno lordo (PIL) sotto forma di imposte, tra cui 40 paesi a basso reddito e 23 stati fragili colpiti da conflitti²⁶. Un rapporto pari al 15% tra gettito fiscale e PIL rappresenta la soglia di sostenibilità necessaria a finanziare i servizi pubblici essenziali²⁷ ed è stato sancito dal Compromesso di Siviglia²⁸.

¹⁹ Esistono diverse definizioni di copertura sanitaria universale (UHC); la più onnicomprensiva e più comunemente utilizzata rimane: «ogni persona deve avere accesso ai servizi e senza affrontare difficoltà finanziarie nel pagarli», in Organizzazione mondiale della sanità, 2014, "Making fair choices on the path to universal health coverage", Relazione finale del Gruppo consultivo dell'OMS su equità e copertura sanitaria universale, Ginevra; WHO Press, <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/9cad3f5d-c25d-487e-b016-89e73636f62c/content>.

²⁰ Obiettivo 3.7 «Garantire l'accesso universale ai servizi di assistenza sanitaria in materia di salute sessuale e riproduttiva, compresi quelli relativi alla pianificazione familiare, all'informazione e all'educazione, nonché l'integrazione della salute riproduttiva nelle strategie e nei programmi nazionali» e obiettivo 3.8 «Raggiungere la copertura sanitaria universale, compresa la protezione dai rischi finanziari, l'accesso a servizi sanitari essenziali di qualità e l'accesso a medicinali e vaccini essenziali sicuri, efficaci, di qualità e a prezzi accessibili per tutti», Accessed February 17, 2026, https://sdgs.un.org/goals/goal3#targets_and_indicators.

²¹ Banca Mondiale; Organizzazione mondiale della sanità, Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report (English), p. 25, Washington, D.C.: World Bank Group, Accessed February 17, 2026, <http://documents.worldbank.org/curated/en/099652109152323107>.

²² Domestic general government health expenditure (% of current health expenditure), Global Health Expenditure Database, updated December 12th, 2025, World Health Organization (WHO), Accessed February 17, 2026, https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.CH.ZS?locations=XO&most_recent_value_desc=false and Global Health Expenditure Database.

²³ Global Health Expenditure Database. ²⁴ Ibid.

²⁵ World Health Organization, Trends in maternal mortality 2000 to 2023: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division, Geneva, 2025, Accessed February 17, 2026.

²⁶ M. Katherine Baerathieu Bellon, R. Matt Daviesuud de Mooij, A. Vitor Gasparndrea Lemgruber, F. Mario Mansourayçal Sawadogo, Misa Takebe, and Charles Vellutini, Building Tax Capacity for Growth and Development: Evidence-Based Analysis for Mobilizing Domestic Revenue, Departmental Paper No 2025/007, Washington D.C.; International Monetary Fund, 2025, Accessed February 17, 2026. ²⁷ Ibid.

²⁸ Nazioni Unite, Impegno di Siviglia: documento finale della 4ª Conferenza ONU sul Finanziamento allo Sviluppo, New York: Nazioni Unite, 2025, https://unctad.org/system/files/official-document/aconf227-2025-11_en.pdf.

RISPOSTA NAZIONALE ALLA RIDUZIONE DI FINANZIAMENTI DA DONATORI: PRIMI SEGNALI²⁹

Alcuni governi stanno già aumentando gli stanziamenti nazionali in risposta alla riduzione dei finanziamenti dei donatori. Nell'Africa subsahariana, lo Zambia ha aumentato il proprio bilancio pubblico per la pianificazione familiare da 4,5 milioni di dollari nel 2025 a 7,5 milioni nel 2026, mentre lo Zimbabwe e la Repubblica Democratica del Congo (RDC) hanno entrambi annunciato nuovi impegni per il finanziamento dei prodotti per la salute riproduttiva. La RDC è passata dall'assenza di un bilancio dedicato ai contraccettivi a 5 milioni di dollari all'anno per i prossimi quattro anni³⁰.

Il Fondo Monetario Internazionale (FMI) stima che i paesi a basso reddito potrebbero mobilitare un gettito fiscale aggiuntivo pari al -4-5% del PIL attraverso una riforma globale: una mobilitazione sostenuta delle entrate è fondamentale per rafforzare la capacità istituzionale e finanziare i servizi pubblici essenziali³¹. Con il passare del tempo, una maggiore capacità di riscossione delle imposte amplia lo spazio fiscale disponibile per i servizi pubblici essenziali.

Il debito costituisce un vincolo altrettanto stringente; la Banca mondiale ha registrato nel 2023 pagamenti record per il servizio del debito estero (ossia il pagamento degli interessi e la restituzione del capitale dovuto sui prestiti) da parte dei paesi del Sud Globale³², mentre il FMI rileva elevate vulnerabilità legate al debito in diversi LMIC³³. Circa il 15% dei paesi a basso reddito si trova in una situazione di sovraindebitamento e circa il 45% è ad alto rischio³⁴ (ovvero, le entrate pubbliche sono assorbite in misura significativa dal servizio del debito). In tali contesti, l'aumento dei bilanci destinati alla sanità pubblica si scontra in modo diretto con il servizio del debito ed esigenze di stabilizzazione di tipo macroeconomico.

Inoltre, le stesse dinamiche che limitano i bilanci sanitari riducono anche la base del gettito fiscale interno: le pressioni legate al servizio del debito allontanano le donne dal lavoro formale e tassabile, riducendo la capacità fiscale proprio nel momento in cui le esigenze di spesa si intensificano, mentre un elevato servizio del debito è associato, nel lungo periodo, a un aumento della mortalità materna pari al 32,5%³⁶.

A queste condizioni, il finanziamento pubblico per la SRHR non potrà sostituire il flusso di APS destinato a questo settore. I due meccanismi non seguono lo stesso calendario né operano entro gli stessi vincoli di bilancio. I dati relativi alla progettazione dei programmi (di seguito) lo dimostrano chiaramente: il finanziamento pubblico è l'obiettivo a lungo termine, ma la sua realizzazione richiede un periodo di transizione durante il quale un sostegno esterno prevedibile continui a essere garantito.

LA DICHIARAZIONE DI ABUJA: IMPEGNO E REALTÀ

Con la Dichiarazione di Abuja (2001) gli Stati membri dell'Unione Africana si sono impegnati a destinare almeno il 15% dei propri bilanci nazionali alla sanità. A partire dal 2025, solo tre degli Stati firmatari hanno raggiunto questo obiettivo: **Ruanda, Botswana, e Capo Verde**³⁷. La vulnerabilità strutturale causata da uno spazio fiscale insufficiente spiega il divario tra impegno politico e stanziamento di bilancio. Inoltre, tale vulnerabilità evidenzia perché i miglioramenti nel finanziamento sanitario nazionale debbano essere accompagnati da una riforma fiscale più ampia e da una riduzione del debito, anziché essere considerati come una semplice scelta politica.

²⁹ The Guardian, Countries boost family planning funding in 'powerful shift from dependency' in Africa after aid cuts, 2025 <https://www.theguardian.com/global-development/2025/nov/12/african-countries-boost-family-planning-funding-in-shift-from-dependency-after-aid-cuts?>.

³⁰ Questo dovrebbe essere facilitato dal programma UNFPA Match Fund (UNFPA supplies partnership, infra).

³¹ Op. cit. Departmental Paper No 2025/007

³² 1,3 trilioni di dollari USA nel 2024 (un calo del 9.7% rispetto al 2023), World Bank, 2025, International Debt Report 2025, Washington, DC: World Bank, Accessed February 17, 2026, <https://www.worldbank.org/en/programs/debt-statistics/idr/products>.

³³ Fondo Monetario Internazionale, (FMI), Fiscal Monitor: Spending Smarter: How Efficient and Well-Allocated Public Spending Can Boost Economic Growth, Washington, DC, 2025, Accessed February 17, 2026, <https://www.imf.org/-/media/files/publications/fiscal-monitor/2025/october/english/text.pdf>.

³⁴ Fondo Monetario Internazionale, Public Debt | IMF Annual Report, 2023, <https://www.imf.org/external/pubs/ft/ar/2023/in-focus/public-debt/>.

³⁵ UNDP (2026), Who Pays the Price? Gender Inequality & Sovereign Debt, EQUANOMICS Working Paper, New York: UNDP

³⁶ Ibid.

³⁷ Africa CDC, Il finanziamento della sanità africana in una nuova era, Addis Ababa, 2025, consultato il 4 marzo 2026.

2 APS E SALUTE NELL'ATTUALE ECOSISTEMA FINANZIARIO PER LO SVILUPPO

COS'È L'APS?

Per Aiuto pubblico allo sviluppo si intende la spesa pubblica annuale complessiva sostenuta dai paesi donatori a sostegno dello sviluppo, secondo la definizione e i criteri di monitoraggio stabiliti dal Comitato di aiuto allo sviluppo (DAC) dell'OCSE.

L'APS è per sua natura incentrato sui donatori: misura l'impegno dal punto di vista di chi lo eroga, non i risultati nei paesi destinatari.

Per qualificarsi come APS, ogni investimento deve soddisfare quattro criteri cumulativi:

1. provenire da enti pubblici;
2. essere destinato a un paese nell'elenco dei destinatari dell'APS del DAC OCSE;
3. essere dedicato allo sviluppo;
4. e avere carattere agevolato, sotto forma di sovvenzione o di prestito a condizioni più favorevoli rispetto a quelle di mercato.³⁸

La volatilità dei finanziamenti destinati alla SRHR non è un aspetto marginale del funzionamento degli aiuti allo sviluppo; è un aspetto strutturale. L'APS destinato a tale settore si è storicamente concentrato su un numero ristretto di donatori bilaterali, ciascuno dei quali opera secondo il proprio ciclo politico interno. Quando tali cicli subiscono un'inversione di tendenza, come è avvenuto contemporaneamente, nell'arco di due anni, negli Stati Uniti, nel Regno Unito, in Germania e in Francia, le conseguenze per i paesi destinatari sono immediate e gravi proprio perché la base di finanziamento è così ristretta.

A questo problema di concentrazione dei finanziamenti si aggiunge una difficoltà del settore. La salute sessuale e riproduttiva occupa una posizione scomoda all'interno dei portafogli di sviluppo: rispetto agli investimenti in infrastrutture o sicurezza

alimentare, è politicamente controversa. Questo comporta che, quando i donatori ricevono pressioni interne per giustificare la propria spesa per gli aiuti, sia la prima categoria a subire dei tagli. Inoltre, la salute sessuale e riproduttiva genera benefici diffusi, a lungo termine, mentre i donatori bilaterali hanno sempre più bisogno di mostrare risultati visibili e riconducibili al loro operato. Ne consegue che il settore sia sottofinanziato rispetto al necessario e al tempo stesso esposto in modo sproporzionato a rischi legati alla politica, nonché strutturalmente dipendente dal continuo impegno di una manciata di governi, la cui politica interna può cambiare più rapidamente della capacità di adattamento dei sistemi sanitari supportati. Diversificare tale base e ridurre questa esposizione rappresenta una sfida tanto strutturale quanto finanziaria.

Benché il dibattito sui finanziamenti allo sviluppo ponga sempre di più l'accento su ecosistemi più ampi di "finanziamento per lo sviluppo", che includano risorse nazionali, investimenti privati e strumenti finanziari innovativi, le sovvenzioni all'APS rimangono uno strumento stabilizzante per garantire servizi e diritti sanitari su ampia scala. Nel contesto della SRHR, l'APS svolge un ruolo di transizione fondamentale: garantisce servizi essenziali mentre i paesi rafforzano sistemi di finanziamento nazionali e capacità fiscale.

L'Unione Europea esercita un'influenza specifica nelle politiche di sviluppo globale, poiché unisce una presenza finanziaria notevole a un quadro normativo fondato sui diritti umani. Le istituzioni UE hanno costantemente contribuito a circa il 10-12%³⁹ dell'APS globale, mentre l'UE e i suoi Stati membri rappresentano complessivamente oltre il 40% dei paesi coinvolti, rendendola il principale fornitore di assistenza allo sviluppo a livello mondiale⁴⁰. La salute sessuale e riproduttiva è integrata nell'architettura politica dell'UE: la Strategia globale dell'UE per la salute (2022-2030), il Terzo piano d'azione per la parità di genere (2022-2027), il Piano d'azione UE per i giovani (2022-2027) e lo strumento NDICI-Global Europe, del valore di 79,5 miliardi di euro, includono tutti la SRHR nella loro base giuridica o tra le priorità dichiarate. In pratica, le istituzioni dell'UE stanziavano ogni anno circa 75-150 milioni di euro per attività relative alla salute sessuale e riproduttiva e alla pianificazione familiare, (150 milioni di euro nel 2024)⁴¹, corrispondenti a meno dell'1% delle risorse totali NDICI nel periodo 2021-2027.

Storicamente, i programmi SRHR hanno potuto fare affidamento su un gruppo relativamente ristretto di donatori bilaterali e agenzie multilaterali come UNFPA e UNICEF. Questo ha creato una vulnerabilità strutturale, resa evidente nel momento in cui le priorità politiche dei paesi donatori sono cambiate. Gli sviluppi recenti confermano la fragilità di questo modello. Il ritiro

³⁸ Charnoz, O. and Severino, J.-M., *L'aide publique au développement*, (Nouvelle édition éd.), La Découverte, 2025.

³⁹ OECD, Development Co-operation Profiles: European Union Institutions, 2025, "ODA allocation overview (preliminary data of EU contribution for 2025 is USD 27.7 billion).

⁴⁰ Consiglio dell'Unione Europea, Relazione annuale 2024 al Consiglio europeo sugli obiettivi di aiuto allo sviluppo dell'UE, 2024: p. 2.

⁴¹ Tali spese relative per salute e diritti sessuali e riproduttivi comprendono: salute riproduttiva, pianificazione familiare, salute materna, violenza di genere, prevenzione dell'HIV, educazione sessuale, Countdown 2030 Europe, Tracking What Counts 2024/2025 (Brussels: Countdown 2030 Europe, 2025).

⁴² Ascolto consigliato: BBC Audio | Business Daily | What happens when the aid money runs out?, 21 novembre 2025.

improvviso del sostegno degli Stati Uniti nel 2025, insieme alle riduzioni annunciate da molti altri donatori bilaterali, ha compromesso i programmi sulla salute riproduttiva in numerosi paesi e ha messo in luce fino a che punto molti sistemi continuino a dipendere dai finanziamenti esterni⁴².

Più in generale, l'APS continua a diminuire e il suo andamento è sempre più difficile da prevedere. I programmi sanitari e demografici, compresi quelli dedicati alla salute riproduttiva, appartengono ai settori più esposti a tali riduzioni, con una quota stimata del 4,3% dell'APS destinata alla salute e ai diritti sessuali e riproduttivi nel 2023⁴³.

Eppure, l'aiuto allo sviluppo continua a finanziare programmi essenziali, tra cui i servizi sanitari per la salute materna e infantile, le iniziative per il controllo delle malattie e le catene di approvvigionamento nel campo della salute riproduttiva.

Storicamente, gli aiuti esterni hanno costituito la colonna portante di molti di questi programmi, il che significa che la riduzione dei flussi di aiuti si traduce rapidamente in un'interruzione dei servizi⁴⁴.

Questo contrasto tra impegno politico e assegnazione dei fondi non è una novità. La cooperazione allo sviluppo è stata a lungo influenzata da mutamenti nelle priorità e cicli politici. In un articolo del 2023, Jean-Michel Severino⁴⁵ e Xavier Charnoz hanno descritto un "paradosso dello sviluppo": nonostante i significativi miglioramenti a lungo termine degli indicatori sanitari globali, la riduzione dei flussi di aiuti negli anni '90 ha coinciso con un peggioramento degli indicatori di sviluppo umano in diversi paesi africani⁴⁶.

In questo senso, storicamente l'APS ha funzionato in modo più efficace quando ha agito da meccanismo stabilizzatore in momenti di shock economici o politici esterni — proprio come un meccanismo di protezione, aiutando i paesi ad assorbire gli shock esogeni che i bilanci nazionali da soli non riescono a gestire facilmente⁴⁷.

Tuttavia, il ruolo dell'APS è in evoluzione. Ci si aspetta sempre più che l'aiuto allo sviluppo funga da catalizzatore per flussi di

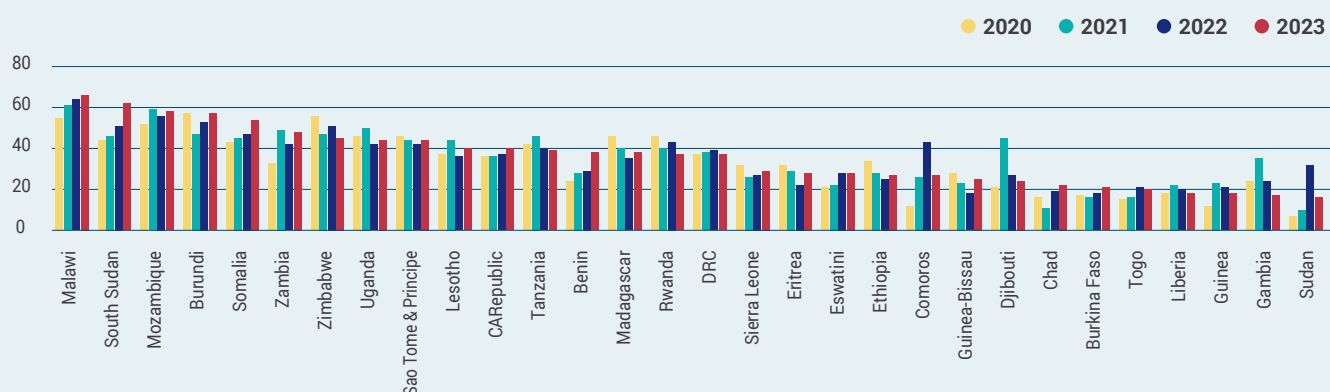
finanziamento più ampi, sostenga i partenariati con il settore privato e mobiliti gli investimenti pubblici nazionali. La SRHR occupa tuttavia una posizione di rilievo all'interno di questa architettura in evoluzione. Molti interventi in materia di SRHR, tra cui i servizi di pianificazione familiare, i programmi di salute materna e le iniziative per i diritti riproduttivi generano enormi ritorni sociali sull'investimento, ma scarsi rendimenti finanziari diretti. Di conseguenza, essi rimangono fortemente dipendenti dai finanziamenti pubblici sotto forma di sovvenzioni.

In questo contesto, il ruolo dell'APS è probabilmente destinato a evolversi anziché scomparire. L'aiuto allo sviluppo rimane indispensabile per garantire servizi essenziali e sostenere sistemi sanitari nel breve termine, mentre ciascun paese rafforza la propria capacità fiscale interna. Inoltre, si prevede che l'APS agisca progressivamente da catalizzatore, mobilitando investimenti privati e riducendo il rischio nei mercati in cui il capitale commerciale altrimenti non affluirebbe. Il finanziamento nazionale rappresenta l'obiettivo a lungo termine, ma l'APS costituisce una condizione determinante affinché questa transizione avvenga senza interrompere servizi, aumentare le spese a carico delle persone o compromettere i progressi raggiunti in materia di mortalità materna e diritti riproduttivi.



Il finanziamento nazionale rappresenta l'obiettivo a lungo termine, ma l'APS costituisce una condizione determinante affinché questa transizione avvenga senza interrompere servizi, aumentare le spese a carico delle persone o compromettere i progressi raggiunti in materia di mortalità materna e diritti riproduttivi.

Figura 4. Africa: quale percentuale della spesa sanitaria di un paese proviene da fonti esterne?



FONTE: ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, GLOBAL HEALTH EXPENDITURE DATABASE (GHED), GINEVRA: OMS, AGGIORNAMENTO DEL 2024. [HTTPS://APPS.WHO.INT/NHA/DATABASE](https://apps.who.int/nha/database).

⁴³ Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW), Donors Delivering for SRHR: Report 2025, Brussels: DSW, 2025, <https://www.donorsdelivering.report>.

⁴⁴ Africa CDC, Il finanziamento della salute in una nuova era, Addis Abeba, 2025, Consultato il 4 marzo 2026.

⁴⁵ Jean-Michel Severino è stato amministratore delegato dell'Agence Française de Développement (2001-2010) ed ex vicepresidente della Banca Mondiale.

⁴⁶ J. Severinoean-Michel, and Xavier Charnoz, "Un paradoxe du développement." Revue d'économie du développement 11, no. 4, 2003: 77–97. ⁴⁷ Ibid.

Una quota significativa dei finanziamenti destinati alla SRHR passa attraverso agenzie multilaterali con mandati espliciti in materia di salute riproduttiva e materna, principalmente UNFPA, ma anche OMS, UNICEF, UNAIDS e fondi sanitari dedicati, tra cui il Fondo Globale e Gavi. Nel 2024, attraverso questo sistema, i donatori europei hanno convogliato circa il 59% della loro spesa totale per salute sessuale e riproduttiva e pianificazione familiare⁴⁸ (il 9% in meno rispetto al 2023). Questa concentrazione riflette una logica strutturale: i canali multilaterali raggruppano i contributi dei donatori, riducono i costi di transazione e garantiscono un certo grado di indipendenza dai cicli politici bilaterali.

Ma questo meccanismo di protezione ha efficacia solo in parte⁴⁹ e fare affidamento su un numero ristretto di istituzioni lo rende intrinsecamente fragile. I cicli di rifinanziamento, che regolano gli impegni pluriennali a favore del Fondo Globale, di Gavi e di meccanismi simili, sono soggetti a trattative con i donatori e alle dinamiche politiche del momento. I cicli più recenti non hanno raggiunto gli obiettivi dichiarati e un'analisi dei donatori rivela una tendenza a "riciclare" gli impegni presi, che fa in modo che le cifre risultino gonfiate: nel sesto rifinanziamento di Gavi, Regno Unito, Germania e Norvegia hanno dichiarato, complessivamente, almeno 800 milioni di dollari degli impegni precedenti. Questo significa che i fondi effettivamente nuovi sono di gran lunga inferiori rispetto al totale annunciato⁵⁰. Analogamente, l'ottavo rifinanziamento del Fondo Globale ha raccolto 12,64 miliardi di dollari⁵¹, cifra ben al di sotto dell'obiettivo dei 18 miliardi.

In particolare, il ritiro degli Stati Uniti dal finanziamento della salute globale nel 2025 ha messo in luce quanto i flussi multilaterali dipendano in realtà da una manciata di grandi donatori. Ad esempio, soltanto UNFPA⁵² ha dovuto assorbire una riduzione di circa 377 milioni di dollari⁵³ come conseguenza diretta. Si tratta di una caratteristica connaturata al sistema. Il sistema multilaterale di finanziamento della salute è stato concepito sulla base di un gruppo ristretto di donatori, con capacità limitata di sostituire i finanziamenti a fondo perduto in caso di diminuzione dei flussi bilaterali.

Oltre agli aiuti bilaterali e ai finanziamenti multilaterali erogati tramite agenzie incaricate e fondi dedicati, esiste un terzo attore "emergente" – o meglio, uno degli attori più longevi, la cui capacità di catalizzare maggiori finanziamenti ha ricevuto nuovamente attenzione negli ultimi anni: le banche multilaterali di sviluppo (BMS) da un lato e, dall'altro, le istituzioni finanziarie per lo sviluppo (IFS).

Entrambe si trovano a metà tra gli aiuti pubblici allo sviluppo e i finanziamenti privati; le BMS⁵⁴ sono istituzioni finanziarie internazionali costituite da più governi: raccolgono fondi sui mercati finanziari e li prestano ai vari paesi con tassi inferiori a quelli di mercato, mentre i governi azionisti ricevono diritti di voto solitamente proporzionali ai rispettivi contributi. La maggior parte delle operazioni delle BMS si rivolge a governi sovrani; tuttavia, diverse BMS dispongono di divisioni dedicate al settore privato che estendano il proprio raggio d'azione ai finanziamenti basati sul mercato⁵⁵. La più importante di queste è la Società Finanziaria Internazionale (IFC), divisione del gruppo della Banca mondiale che si occupa di investimenti e consulenza nel settore privato.

Secondo l'OCSE, le BMS hanno coperto oltre il 70% dei finanziamenti privati mobilitati nel periodo 2020-2023. Il 17% del totale è stato coperto dall'IFC – la principale istituzione finanziaria per lo sviluppo.

Le istituzioni finanziarie per lo sviluppo (IFS) indirizzano i propri investimenti verso il settore privato, a condizione che questo operi in settori legati allo sviluppo e che sia solitamente di proprietà di un paese (Proparco, Francia; Deutsche Investitions- und Entwicklungsgesellschaft, Germania; British International Investment, Regno Unito; l'IFC, con sede negli Stati Uniti ma facente parte della Banca mondiale). Nel 2024, le 15 IFS membri dell'European Development Finance Institutions (EDFI) hanno registrato 12,4 miliardi di euro (14,2 miliardi di dollari) di nuovi impegni, con un aumento del 29% rispetto al 2023⁵⁶. Includendo i partner affiliati, quali la Development Finance Corporation (DFC) statunitense e la canadese FinDev, gli impegni totali hanno raggiunto circa 21,4 miliardi di euro (24,6 miliardi di dollari USA)⁵⁷.

⁴⁸ Countdown 2030, Tracking What Counts 2024 / 2025, 2026.

⁴⁹ The United States – largest overall donor (non-core) to UNFPA in 2022, 2023, and 2024 - withheld funding from UNFPA under the Kemp-Kasten Amendment in 2025, as it had under previous republican administration. Kellie Moss and Jennifer Kates, "UNFPA Funding and Kemp-Kasten: An explainer," KFF, April 17, 2026, <https://www.kff.org/global-health-policy/unfpa-funding-and-kemp-kasten-an-explainer/>.

⁵⁰ Zoe Welch and Kristin Laub, Beyond the Headline: Gavi 6.0 Pledges in a Constrained Funding Landscape, Donor Tracker, April 28, 2026, <https://donortracker.org/publications/beyond-the-headline-gavi-6-0-pledges-in-a-constrained-funding-landscape-2026>.

⁵¹ Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria, "Global Fund Board Welcomes Final Eighth Replenishment Outcome of US\$12.64 Billion, Backs Strategic Shifts to Advance Countries' Path to Self-Reliance," press release, 18 February 2026, <https://www.theglobalfund.org/en/news/2026/2026-02-18-global-fund-board-welcomes-final-eighth-replenishment-outcome/>.

⁵² UNFPA, Donor contributions, Accessed on April 30, 2026, <https://www.unfpa.org/data/donor-contributions>.

⁵³ UNFPA, Statement by UNFPA Executive Director on the United States Government funding cuts, 28 February, 2025, <https://www.unfpa.org/press/statement-unfpa-executive-director-united-states-government-funding-cuts>.

⁵⁴ African Development Bank (AfDB), Asian Development Bank (AsDB), European Bank for Reconstruction and Development (EBRD), European Investment Bank (EIB), Inter-American Development Bank Group (IDBG), and the World Bank Group (WBG), From billions to trillions: MDB contributions to Financing for Development, World Bank, July 2015, Accessed March 5, 2026, <https://documents1.worldbank.org/curated/en/602761467999349576/pdf/98023-BR-SecM2015-0233-IDA-SecM2015-0147-IFC-SecM2015-0105-MIGA-SecM2015-0061-Box391499B-OUO-9.pdf>.

⁵⁵ A. Agusti Stridhma, K. Zoe Welchristin Laub, Daisy Huntington, and Elton Smole, Innovative financing series: Introduction to innovative financing, Donor Tracker, July 1, 2025, <https://donortracker.org/publications/innovative-financing-series-introduction-to-innovative-financing-2025>.

⁵⁶ EDFI Association, European DFIs in 2024 hit highest commitment growth since 2018, Brussels, 25 February, 2025, <https://edfi.eu/edfi-data-release-european-dfis-hit-highest-commitment-growth-since-2018>.

⁵⁷ Ibid.

Questi dati riflettono un'espansione effettiva dei finanziamenti allo sviluppo tramite leva finanziaria, la quale tuttavia presenta limiti strutturali per il settore della SRHR. I prestiti non possono sostituire le sovvenzioni, e gli strumenti delle banche multilaterali di sviluppo e delle istituzioni finanziarie di sviluppo sono adatti principalmente a contesti in cui i finanziamenti possono generare rendimenti – economici, fiscali o sociali – sufficienti a garantire il rimborso. I servizi fondamentali per la SRHR, tra cui le catene di approvvigionamento per la pianificazione familiare, i programmi di salute materna e l'erogazione di servizi per la salute e i diritti riproduttivi, non generano flussi di entrate in grado di attrarre finanziamenti su larga scala basati su prestiti o provenienti da privati.

Uno strumento previsto dal sistema della Banca mondiale affronta la questione della SRHR in modo più diretto: si tratta dello strumento di finanziamento globale (GFF), che combina sovvenzioni e finanziamenti agevolati della Banca mondiale mobilitando capitali privati a favore della salute riproduttiva, materna, neonatale, infantile e dell'adolescenza. Data la sua struttura di finanziamento misto, tale strumento viene trattato nella sezione seguente, dedicata ai meccanismi di finanziamento innovativi.

Al di là dei finanziamenti diretti per la SRHR, la posizione dell'UE all'interno delle banche multilaterali di sviluppo rappresenta un'ulteriore leva di influenza. La Banca europea per gli investimenti, in quanto banca propria dell'UE e uno dei maggiori finanziatori multilaterali a livello globale, svolge un ruolo centrale in questo contesto. Allo stesso tempo, gli Stati membri dell'UE sono azionisti delle principali BMS, tra cui il Gruppo della Banca mondiale, la Banca africana di sviluppo e la Banca interamericana di sviluppo, dove il potere di voto è legato alle quote di capitale. Benché questa influenza venga esercitata attraverso complessi meccanismi di governance, un impegno coordinato dell'UE all'interno di queste strutture ha il potenziale di plasmare le priorità istituzionali e di estendere la portata degli obiettivi UE in materia di sviluppo e salute oltre l'APS bilaterale.

BMS: PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA

Nel novembre 2025, la BEI (Banca europea per gli investimenti) ha firmato il suo primo accordo concreto nell'ambito dello Human Development Accelerator (HDX)⁵⁸, programma congiunto con la Commissione Europea e la Fondazione Gates. La BEI ha stanziato fino a 52 milioni di euro in garanzie a favore di MedAccess, un'organizzazione che negozia con i produttori prezzi più bassi e la fornitura garantita di medicinali, vaccini e contraccettivi per conto dei paesi a basso reddito dell'Africa subsahariana. Assumendosi parte del rischio finanziario, la BEI consente a MedAccess di concludere un maggior numero di accordi di questo tipo, garantendo così che prodotti sanitari più accessibili raggiungano un maggior numero di persone.

Tuttavia, lo strumento opera a livello delle catene di approvvigionamento e dell'accessibilità economica dei prodotti. Non finanzia i servizi sanitari, i programmi basati sui diritti né l'erogazione quotidiana dell'assistenza sanitaria riproduttiva. Tali funzioni richiedono finanziamenti tramite sovvenzioni.

⁵⁸ Banca europea per gli investimenti, «La BEI firma un accordo di garanzia con MedAccess per migliorare l'accesso alle forniture mediche essenziali in Africa», comunicato stampa, 3 novembre 2025, <https://www.eib.org/en/press/all/2025-427-eib-signs-a-guarantee-agreement-with-medaccess-to-boost-access-to-essential-medical-supplies-in-africa>.

III. OLTRE L'APS: PERCORSI DI FINANZIAMENTO COMPLEMENTARI

Il calo dell'APS non avviene nel vuoto. Si accompagna a una più ampia riorganizzazione dell'architettura internazionale degli aiuti allo sviluppo, in cui i principi multilaterali vengono messi in discussione, gli approcci bilaterali riaffermati e gli strumenti di finanziamento precedentemente utilizzati vengono riciclati come soluzioni potenziali.

Questa sezione prende in esame tale riconfigurazione utilizzando tre chiavi di lettura: la crescente aspettativa riposta verso i meccanismi di finanziamento innovativi, che fanno parte del pacchetto di strumenti per la cooperazione allo sviluppo almeno a partire dal Consenso di Monterrey del 2002 e dai quali gli investitori "agevolati" non hanno ancora tratto pienamente insegnamento; l'emergere di una nuova generazione di accordi bilaterali in materia di salute, le cui condizioni meritano un'analisi approfondita; e il ruolo delle fondazioni private come finanziatori ad hoc, a prescindere da eventuali limiti strutturali. Non si tratta di categorie equivalenti e nessuna di queste rappresenta una novità. Nuovo è il contesto politico in cui vengono invocate e il peso che dovrebbero assumere in questo momento.



Le grandi [teorie sull'economia dello sviluppo] tendono ad assomigliare a generali che combattono l'ultima guerra⁵⁹.

L'economia dello sviluppo ha in effetti una storia caratterizzata da un susseguirsi di paradigmi, ciascuno dei quali è stato concepito per ovviare ai fallimenti di quello precedente, ma che arriva sempre con un leggero ritardo rispetto alla crisi che avrebbe dovuto risolvere. Il rischio oggi è lo stesso: pensare che strumenti già noti rappresentino nuove soluzioni. Nelle giuste condizioni, questi percorsi possono sostenere in modo significativo l'erogazione dei servizi di SRHR, rafforzando le catene di approvvigionamento, i meccanismi di acquisto congiunto e la capacità di cofinanziamento nazionale, parallelamente all'APS e alle entrate nazionali. L'obiettivo non è reinventare la ruota, ma utilizzare le ruote giuste per la strada che ci attende.

⁵⁹ David L. Lindauer & Lant Pritchett, 2002. "What's the Big Idea? The Third Generation of Policies for Economic Growth," *Economia Journal*, The Latin American and Caribbean Economic Association - LACEA, vol. 0(Fall 2002), pages 1-40.

⁶⁰ United Nations, Consenso di Monterrey della Conferenza Internazionale sul Finanziamento allo Sviluppo, Addis Ababa, 2002; Action Agenda, A/RES/69/313, 2015.

1 ISPIRARSI A MODELLI FINANZIARI INNOVATIVI

Il modelli di finanziamento innovativi (IFM) sono oggetto di grande attenzione, ma non rappresentano una novità.

Il Consenso di Monterrey (2002) ha formalizzato per la prima volta l'invito a mobilitare risorse al di là dei trasferimenti pubblici tradizionali e il programma d'azione di Addis Abeba del 2015 ne ha ribadito il ruolo di pilastro del quadro di finanziamento degli SDG ⁶⁰. Ciò che è cambiato è il peso relativo attribuito a questi strumenti: con la diminuzione dell'APS e il persistere di margini di manovra limitati nei LMIC, i meccanismi volti a ottimizzare, moltiplicare o riorientare il capitale esistente si sono spostati dai "margini" verso il centro del dibattito sulla finanza per lo sviluppo.

È possibile raggruppare questi strumenti in base alla funzione per cui sono stati concepiti:

- **Rendere i prodotti sanitari più accessibili:** garanzie di volume, impegni di mercato anticipati. Queste misure agiscono a livello della catena di approvvigionamento.

INIZIATIVA EUROPEA PER LA SRHR – SAFE BIRTH AFRICA PRESSO L'OSPEDALE NAZIONALE DI RIFERIMENTO DI KAWEMPE (UGANDA)

Lanciato nel 2024 da UNFPA, UNITAID e dall'Unione Europea, SafeBirth Africa mira a ridurre la mortalità materna evitabile migliorando l'accesso ai farmaci raccomandati dall'OMS per l'emorragia post-partum (EPP), una delle principali cause di morte materna a livello globale.

Sostenuto da un contributo dell'UE pari a 20 milioni di euro nell'ambito di un programma del valore di 60 milioni di euro per il periodo 2024-2027, il progetto opera fornendo prodotti efficaci per il trattamento dell'emorragia post-partum alle strutture sanitarie con carico di lavoro elevato e integrandoli nelle catene di approvvigionamento nazionali e nei protocolli clinici, formando il personale sanitario e collegando le attività delle singole strutture agli sforzi regionali in materia di regolamentazione e acquisto congiunto.

- **Ottimizzare fondi pubblici esistenti:** finanziamento basato sui risultati (RBF), Obbligazioni di impatto sullo sviluppo (DIB), modello GFF. Questi strumenti migliorano l'efficienza e la rendicontazione dei fondi già esistenti.

IL CAMEROON KANGAROO MOTHER CARE⁶¹ DIB⁶²

In un DIB, i pagamenti vengono erogati solo una volta che i risultati siano stati confermati in modo indipendente. Nel 2018, il Ministero della Salute del Camerun, il GFF e Grand Challenges Canada hanno strutturato l'estensione del programma Kangaroo Mother Care a 10 ospedali secondo le seguenti modalità: Grand Challenges Canada (organizzazione senza scopo di lucro) ha prefinanziato l'attuazione del programma in qualità di investitore d'impatto, recuperando i propri fondi solo dopo che un valutatore indipendente ha confermato il raggiungimento degli obiettivi concordati, con il conseguente sblocco dei fondi pubblici. Alla chiusura del programma, nel settembre 2021, 1.221 neonati avevano beneficiato di questa assistenza, il 28% in più rispetto all'obiettivo prefissato; l'80% veniva allattato esclusivamente al seno al momento della dimissione e l'80% aveva raggiunto un aumento di peso adeguato. Tutti gli obiettivi contrattuali sono stati pienamente raggiunti.

Il modello DIB rispondeva a finalità distinte per ciascuna delle parti interessate: per il Ministero della Salute, garantiva che i fondi pubblici fossero erogati solo a fronte di risultati verificati, a differenza di una sovvenzione tradizionale; per Grand Challenges Canada, consentiva di sperimentare gli investimenti a impatto su larga scala con un rischio limitato (KMC è un intervento scientificamente provato); per l'organizzazione incaricata dell'attuazione, ha garantito la flessibilità operativa necessaria per adattare l'erogazione del servizio al contesto di ciascun ospedale. Il "fattore di rischio" assunto dall'investitore funge da **incentivo**. Vedi il report di fine programma completo: <https://www.globalfinancingfacility.org/sites/default/files/cameroon-kmc-development-impact-bond-report.pdf>

⁶¹ Il programma KMC combina il contatto pelle a pelle prolungato tra il neonato e la persona che se ne prende cura, l'allattamento al seno esclusivo, la dimissione precoce dall'ospedale e un follow-up strutturato dopo la dimissione per monitorare lo sviluppo del neonato a casa. <https://www.who.int/tools/elena/interventions/kangaroo-care-infants>.

⁶² Con il sostegno del Ministero della Sanità Pubblica del Camerun, del GFF e della Banca Mondiale, di Grand Challenges Canada, di Nutrition International e della Fondation Kangourou Cameroun, con il sostegno della Fundación Canguro Colombia.

⁶³ UNITAID, "Unitaid accoglie con favore la nuova coalizione a favore della tassa aerea, consolidando la propria tradizione di finanziamenti sanitari innovativi e di successo", luglio 2025. <https://unitaid.org/news-blog/unitaid-welcomes-new-air-levy-coalition-building-on-its-legacy-of-successful-innovative-health-financing/>.

⁶⁴ Gruppo delle Nazioni Unite per lo sviluppo sostenibile, "Finanziamenti misti: da Buzzword a risultati concreti", 11 luglio 2025, <https://unsdg.un.org/latest/stories/blended-finance-buzzword-real-world-results>.

⁶⁵ Menno Bosma e Hans van de Veen, Strumenti finanziari innovativi per lo sviluppo: spuntano come margherite, Partos, L'Aia, 2020, <https://www.partos.nl/publicatie/innovative-financing-instruments-for-development-popping-up-like-daisies/>.

- **Creare nuovo spazio fiscale o entrate aggiuntive:** conversioni del debito in investimenti sanitari, imposte innovative, imposte sul trasporto aereo, crowdfunding. Queste misure immettono nel sistema risorse che, in precedenza, non erano disponibili per la salute.

UN'IMPOSTA DI SOLIDARIETÀ SUI BIGLIETTI AEREI: UNITAID

Istituita nel 2006 da Francia, Brasile, Cile, Norvegia e Regno Unito, UNITAID è finanziata principalmente attraverso una piccola imposta di solidarietà applicata ai biglietti aerei in partenza, riscossa dalle compagnie aeree e versata alle autorità nazionali. Nei dieci paesi in cui è stata adottata, questa iniziativa ha raccolto oltre 2 miliardi di dollari dalla sua introduzione. I fondi sono destinati a migliorare l'accesso ai farmaci e agli strumenti diagnostici per l'Hiv/Aids, la tubercolosi e la malaria nei paesi LMIC.

Questo meccanismo mette in luce un principio fondamentale della tassazione innovativa con destinazione specifica: un'imposta marginale e politicamente poco onerosa sull'attività economica genera entrate stabili. Più dei due terzi del bilancio totale di UNITAID provengono da imposte di solidarietà, che hanno consentito a oltre 300 milioni di persone di accedere a innovazioni sanitarie. Pur non essendo applicato specificamente alla salute sessuale e riproduttiva, il modello dimostra che imposte specifiche sulle attività dei paesi ad alto reddito possono produrre finanziamenti aggiuntivi e duraturi per le priorità sanitarie globali⁶³.

Molti di questi strumenti presentano una componente di finanziamento misto, ovvero l'utilizzo di fondi pubblici o filantropici per ridurre il rischio in misura tale da consentire la partecipazione di capitali privati; tuttavia, gli strumenti sopra citati sono qui classificati in base al problema che puntano a risolvere nell'ambito degli aiuti allo sviluppo, piuttosto che alla loro struttura finanziaria⁶⁴.

Inoltre, dovrebbero essere elementi complementari a un nucleo centrale di finanziamenti pubblici sicuri e basati su sovvenzioni, piuttosto che sostituti di quest'ultimo. La cautela espressa dagli operatori del settore è fondata: in generale, la complessità degli strumenti innovativi di finanziamento e il maggiore onere operativo che essi comportano rispetto alle sovvenzioni standard possono ridurre il valore netto per le organizzazioni incaricate dell'attuazione⁶⁵.

Uno degli strumenti previsti da questo sistema multilaterale riunisce diverse di queste logiche in modo diretto e specifico per la SRHR. Il Fondo globale di finanziamento per donne, bambine/i e adolescenti (GFF), ospitato dalla Banca mondiale, combina sovvenzioni e finanziamenti agevolati provenienti dall'Associazione internazionale per lo sviluppo (IDA; il fondo della Banca mondiale

per i paesi più poveri) per accelerare i progressi in materia di salute riproduttiva, materna, neonatale, infantile e adolescenziale e nutrizione (RMNCAH-N). In molti paesi partner, il GFF opera integrando obiettivi di risultato concordati, compresi gli impegni ad aumentare la spesa sanitaria nazionale, direttamente nei programmi sanitari guidati dai governi, con erogazione dei finanziamenti subordinata al raggiungimento di tali obiettivi. Questo approccio basato sui risultati trasforma i finanziamenti esterni in una leva per investimenti nazionali sostenibili.

Il GFF sta inoltre sperimentando meccanismi innovativi di cofinanziamento per incentivare ulteriormente gli investimenti nazionali. Nell'ambito del Programma "Sustainable Commodities Access Challenge" (S-CAP), il GFF si impegna a coprire il 25% dei costi delle materie prime essenziali ove i paesi finanzino il restante 75% attraverso risorse nazionali o finanziamenti dell'IDA, creando così un incentivo diretto e trasparente al cofinanziamento legato all'ownership a livello nazionale.

GFF: ESEMPI LOCALI

Mozambico - Un esempio concreto dell'approccio del GFF è quello del Mozambico. Il GFF ha contribuito alla progettazione e cofinanziato un programma di rafforzamento dell'assistenza sanitaria di base finanziato dalla Banca mondiale. Tale programma ha subordinato l'erogazione di 13,5 milioni di dollari all'impegno del governo di aumentare progressivamente la percentuale di spesa pubblica totale dedicata alla spesa sanitaria interna — da un livello di riferimento del 7,9% a un obiettivo del 9,5%. Il governo ha raggiunto e superato questo obiettivo: nel 2020 la spesa sanitaria interna ha raggiunto il 9,57% della spesa pubblica totale, nonostante una grave crisi fiscale. Nel corso del quinquennio di investimento (2018–2023), il Mozambico ha stanziato 725 milioni di dollari in risorse interne per l'attuazione del proprio piano nazionale di investimenti sulla RMNCAH-N.

Malawi - Dal 2018, il GFF ha cofinanziato tre interventi nel settore sanitario in Malawi insieme all'IDA, contribuendo con sovvenzioni per almeno 30 milioni di dollari USA e mobilitando risorse complessive per oltre 150 milioni di dollari. Il GFF ha inoltre sostenuto le iniziative di advocacy delle organizzazioni della società civile, che hanno avuto un impatto positivo sulla spesa pubblica per la salute. In questo lasso di tempo, la quota del bilancio nazionale destinata alla sanità è cresciuta dal 9,6% circa della spesa pubblica totale nel 2018 a oltre il 12% nell'anno fiscale 2024/25. Forse l'indicatore singolo più significativo del cambiamento delle priorità nazionali è rappresentato dall'investimento del governo nei prodotti per la pianificazione familiare, che è cresciuto di quasi dieci volte, passando da 79 milioni di kwacha malawiani nel 2018 a 770 milioni nel 2026, un andamento direttamente sostenuto dal coinvolgimento del GFF nei processi di pianificazione di bilancio. I risultati in materia di salute registrati in

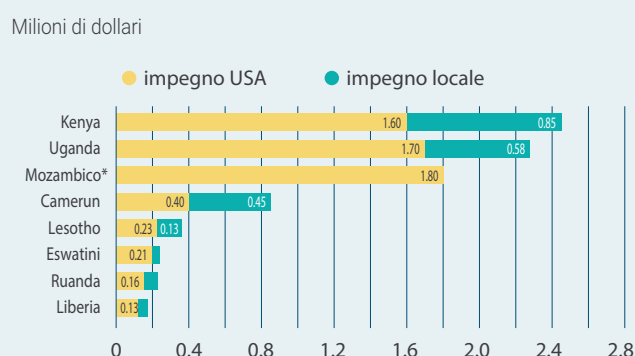
questo periodo sono tra i migliori della regione: il tasso di prevalenza dei contraccettivi moderni in Malawi è più che raddoppiato, raggiungendo il 45,1%, e il paese è ora riconosciuto come uno dei primi tre per risultati ottenuti nella pianificazione familiare in Africa subsahariana nell'ambito del programma "Exemplars in Global Health".

Una "quarta" categoria si discosta da questa tipologia e ha acquisito rilevanza nell'attuale contesto politico: si tratta dei "country compacts", cioè accordi bilaterali tra paesi, in cui i finanziamenti sono abbinati a condizioni, meccanismi di governance e, spesso, contropartite strategiche o legate alle risorse del paese destinatario. Questi accordi non rappresentano uno strumento di finanziamento in senso tecnico; costituiscono piuttosto un quadro contrattuale nell'ambito del quale sovvenzioni, prestiti e contributi non monetari vengono combinati e subordinati a determinate condizioni.

2 COUNTRY COMPACTS, MODELLI DI COFINANZIAMENTO: DUE LOGICHE IN CONTRASTO

A seguito dello smantellamento di USAID, gli Stati Uniti hanno avviato un approccio bilaterale alla cooperazione allo sviluppo nel settore sanitario. Tale cooperazione è infatti ora prevista nell'ambito della "Strategia globale per la salute: America First". Al 2 marzo 2026 erano stati firmati 24 protocolli d'intesa: 4 in America Latina (Repubblica Dominicana, El Salvador, Guatemala e Panama) e 20 in Africa.⁶⁶

Figura 5. USA: accordi bilaterali per la salute



INFONTE: COMUNICATI STAMPA DEL DIPARTIMENTO DI STATO* IL DIPARTIMENTO DI STATO NON HA FORNITO UNA SOMMA IN DOLLARI ASSOCIATA AL COFINANZIAMENTO CON IL GOVERNO DEL MOZAMBICO. IL COMUNICATO STAMPA HA SOTTOLINEATO CHE IL MOZAMBICO SI IMPEGNA AD AUMENTARE LA SPESA SANITARIA NAZIONALE PER UNA PERCENTUALE PARI A CIRCA IL 30% DEL BILANCIO PUBBLICO NEI PROSSIMI CINQUE ANNI. IL 30% DELLA SPESA SANITARIA DEL MOZAMBICO PER L'ANNO FISCALE 2024 AMMONTA A CIRCA 137 MILIONI DI DOLLARI. AGGIORNATO AL 17 DICEMBRE 2025.

⁶⁶ Kerry Cullinan, US Speeds up Signing of Bilateral Health Agreements, DRC Lawyers Challenge Minerals Deal, Health Policy Watch, 2026, <https://healthpolicy-watch.news/us-speeds-up-signing-of-bilateral-health-agreements/>.

Non è ancora chiaro come questi accordi verranno attuati nella pratica, ma le condizioni alle quali i fondi vengono erogati, o trattati, stanno diventando più chiare col passare del tempo. Ciò che è già chiaro è che i livelli di finanziamento degli anni precedenti non saranno mantenuti. Sono state sollevate anche questioni relative all'equità di questi accordi. Diverse analisi indicano che l'urgenza creata dallo smantellamento di USAID ha portato i paesi a firmare accordi che li obbligano a concedere agli Stati Uniti accesso alle risorse naturali e all'utilizzo di dati sanitari delle/dei pazienti e di informazioni sui patogeni che causano malattie, senza alcuna garanzia corrispondente di accesso a eventuali cure o vaccini sviluppati in base a questi⁶⁷.

Nel febbraio 2026, lo Zimbabwe si è ritirato da un accordo di finanziamento sanitario del valore di 367 milioni di dollari con gli Stati Uniti, dopo aver contestato le disposizioni relative alla condivisione su larga scala dei dati sanitari nazionali, che non offrivano allo Zimbabwe alcuna garanzia vincolante riguardo all'accesso alle tecnologie mediche sviluppate utilizzando tali dati. Il governo dello Zimbabwe ha definito l'accordo uno "scambio iniquo".⁶⁸

Anche lo Zambia ha espresso perplessità riguardo a una proposta di accordo del valore di oltre 1 miliardo di dollari in cinque anni, facendo riferimento agli elevati requisiti di cofinanziamento nazionale e alle condizioni relative alla condivisione dei dati sanitari, nonché una clausola che avrebbe subordinato l'accordo alla conclusione, da parte dello Zambia, di un patto bilaterale separato sui minerali con gli Stati Uniti.⁶⁹



"L'estrazione è il principio su cui è basata la politica della salute globale "America First" del presidente degli Stati Uniti Donald Trump."

Prof. Sophie Harman, Queen Mary University of London, British Medical Journal, 2026⁷⁰

Questi sviluppi evidenziano una tensione strutturale che gli accordi bilaterali di questo tipo non riescono a risolvere facilmente: lo stesso potere contrattuale che li rende attraenti per i donatori li rende anche onerosi per i destinatari, in particolare quando i paesi negoziano da una posizione di grave necessità finanziaria.

IL PARTENARIATO PER LE FORNITURE UNFPA: UN MODELLO DI COFINANZIAMENTO INCENTRATO SULL'OWNERSHIP

Il Programma di partenariato per le forniture UNFPA è il più grande meccanismo al mondo per la fornitura di prodotti per la salute riproduttiva e copre 54 paesi in Africa, Asia, Pacifico e America Latina. Avviato nel 2007, persegue quattro obiettivi strategici: aumentare la disponibilità e l'accesso ai prodotti per la salute riproduttiva, compresi quelli per la pianificazione familiare; rafforzare le catene di approvvigionamento; aumentare l'impegno dei governi a favore del cofinanziamento nazionale e migliorare l'efficacia operativa.

Il modello di riferimento è quello dell'ownership graduale: i paesi ricevono prodotti per la salute riproduttiva a costo ridotto o a titolo gratuito, ma sono tenuti a contribuire progressivamente in misura maggiore attingendo alle risorse nazionali nel corso del tempo. L'obiettivo è quello di raggiungere, entro un termine prestabilito, la piena responsabilità del finanziamento e dell'approvvigionamento delle forniture da parte dei rispettivi sistemi sanitari nazionali⁷¹. I paesi attraversano quattro fasi lungo tale percorso: sostegno completo, sostegno modificato, sostegno tecnico e transizione verso un approvvigionamento interamente nazionale. Il requisito di cofinanziamento aumenta a ogni fase e il processo richiede un impegno costante con i ministeri della salute e delle finanze⁷².

Il partenariato mette a disposizione diversi strumenti per incentivare i finanziamenti nazionali, quali il Match Fund e il Bridge Fund.

Il Match Fund è un meccanismo grazie al quale un paese può ricevere un cofinanziamento in rapporto 1:1 o 1:2 per potenziare la propria capacità di fornire prodotti per la salute sessuale e riproduttiva, a seconda della propria situazione economica e dei risultati ottenuti nel finanziare e procurarsi tali prodotti con risorse proprie.

Il Bridge Fund fornisce sostegno ai governi per effettuare ordini (e pagamenti anticipati) attraverso il meccanismo di approvvigionamento tramite terzi di UNFPA.⁷³ Il Bridge Fund affronta un problema operativo basilare: in molti paesi, i cicli di bilancio pubblico e i calendari degli approvvigionamenti non sono allineati e le leggi locali vietano il pagamento anticipato delle materie prime. Storicamente, questo ha causato esaurimenti delle scorte. Il Bridge Fund consente ai governi di prefinanziare gli ordini attraverso il meccanismo di approvvigionamento tramite terzi di UNFPA, colmando così tale divario temporale. Il valore di tale accesso agli approvvigionamenti è tangibile: dopo aver istituito una linea di bilancio nazionale dedicata ai contraccettivi, la Cambogia è riuscita ad acquistare, tramite UNFPA,

⁶⁷ The Guardian, Patient data in exchange for dollars – US health funding deals offer desperately needed cash to African countries but at what cost? 2026, <https://www.theguardian.com/uk-news/2026/mar/04/patient-data-in-exchange-for-dollars-just-how-fair-are-us-health-funding-deals-with-african-countries>.

⁶⁸ Tafi Mhaka, US's new scramble for Africa is biomedical imperialism, Al Jazeera, 2026, <https://www.aljazeera.com/opinions/2026/3/13/uss-new-scramble-for-africa-is-biomedical-imperialism>. ⁶⁹ Ibid.

⁷⁰ <https://www.bmj.com/content/392/bmj.s394>.

⁷¹ Countdown 2030 Europe, Insight from UNFPA Supplies Partnership new financing model, 2025.

⁷² UNFPA Supplies Partnership Phase III Programme Document (2021-2030). ⁷³ Ibid.

prodotti di qualità garantita per 2 milioni di dollari, che sarebbero altrimenti costati 4 milioni di dollari attraverso approvvigionamenti diretti. Il modello non è esente da limiti. Accordi simili in Africa occidentale e Kenya mostrano i primi segnali di mobilitazione delle risorse interne ma, esaminando la documentazione del programma, risulta chiaro che è troppo presto per sapere se ciò si tradurrà in risultati duraturi. Ciò che distingue questo modello dagli accordi bilaterali sopra descritti è la diversa struttura di condizionalità sulla quale si basano. Nel Partenariato per le forniture UNFPA, i requisiti di cofinanziamento sono legati al livello economico interno e alla capacità di approvvigionamento di un paese, aumentano gradualmente nel tempo e sono concepiti per terminare quando un paese ha pienamente assorbito i costi delle forniture nel proprio bilancio nazionale. Gli obblighi vanno in un'unica direzione: verso una maggiore ownership da parte del paese. Essi non si estendono alla condivisione di dati, all'accesso alle risorse o a concessioni strategiche.

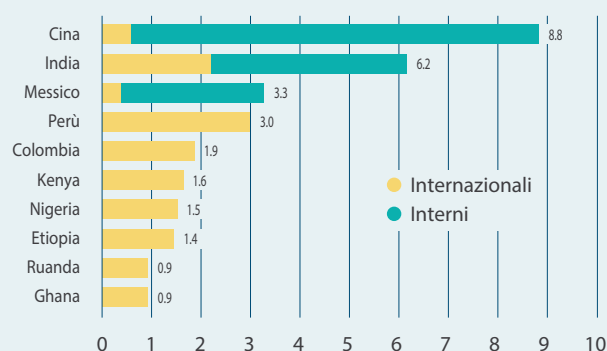
3 E LA FILANTROPIA?

Il ruolo della filantropia privata come fattore di cooperazione allo sviluppo è cresciuto negli ultimi decenni, raggiungendo un picco storico nel 2021, e va ad integrare gli aiuti pubblici e gli investimenti privati. Tuttavia, questo contributo rimane caratterizzato da squilibri geografici e settoriali enormi, nonché da limitazioni strutturali che ne riducono l'impatto trasformativo.

Tra il 2020 e il 2023, le risorse filantropiche destinate allo sviluppo sono aumentate, raggiungendo i 68,2 miliardi di dollari, pari a circa il **10% dell'APS**. In alcuni paesi, come l'India, la Repubblica Popolare Cinese e il Messico, i finanziamenti filantropici

Figure 6. Erogazioni filantropiche allocabili, in ordine di paesi destinatari (2020-2023)

in miliardi di dollari USA (a valori costanti del 2023)

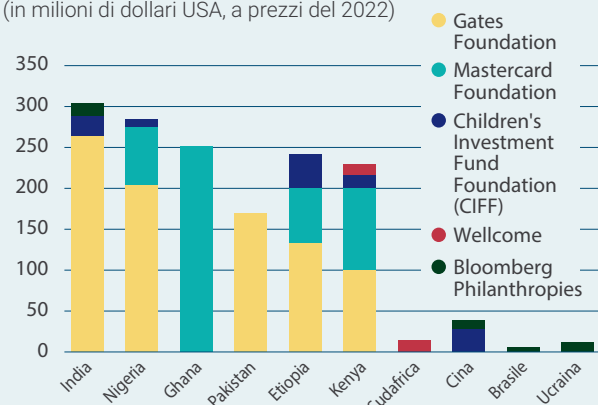


NOTA: ESCLUDE I FONDI NON ALLOCABILI

FONTE: INDAGINE FINANZIARIA DELL'OCSE SULLA FILANTROPIA PRIVATA PER LO SVILUPPO E SISTEMA DI RENDICONTAZIONE DEI CREDITORI DELL'OCSE

Figura 7. I 5 principali paesi destinatari degli aiuti erogati dall'OCSE nel 2022

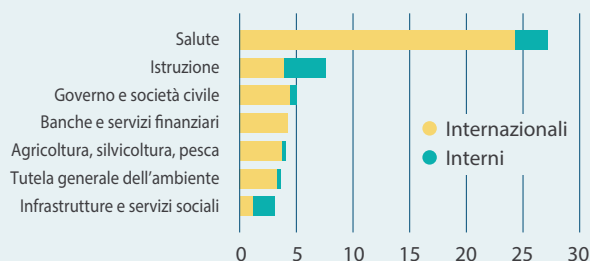
(in milioni di dollari USA, a prezzi del 2022)



FONTE: EROGAZIONE DEGLI AIUTI OCSE NEL 2022, SECONDO QUANTO RIPORTATO IN DEVEX "TOP 10 FOUNDATIONS FUNDING DEVELOPMENT", MARZO 2025. I DATI DI WELLCOME PER CIASCUN PAESE SONO SCARSI, POICHÉ 281 MILIONI DI DOLLARI VENGONO CLASSIFICATI COME "PAESI IN VIA DI SVILUPPO, NON SPECIFICATI".

Figura 8. Finanziamenti per settore

Miliardi di dollari (valore costante del 2023), 2020-2023



FONTE: OCSE (2026), FILANTROPIA PRIVATA PER LO SVILUPPO (TERZA EDIZIONE)

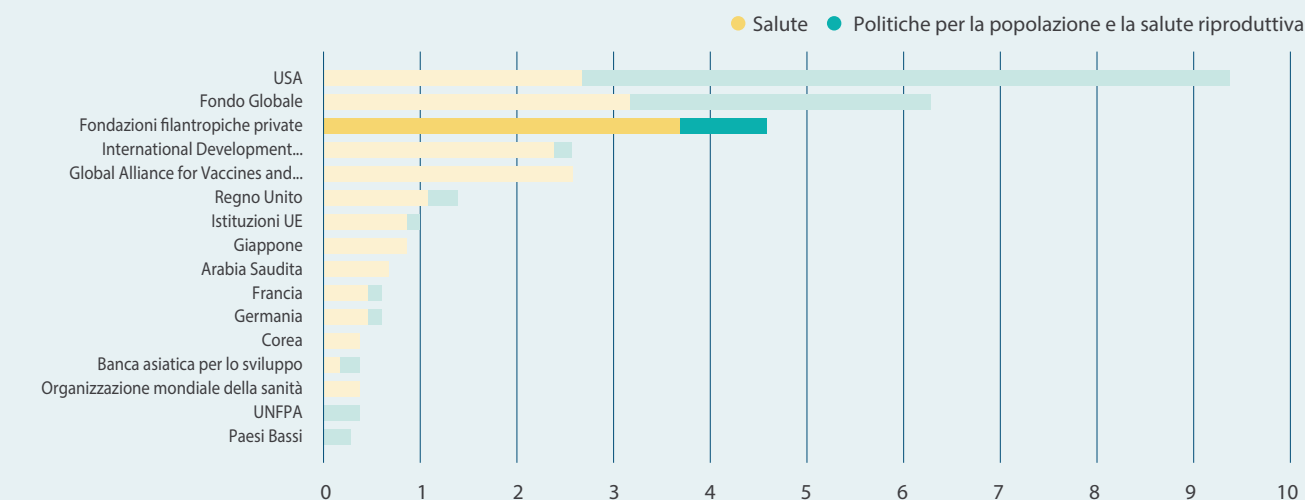
nazionali hanno superato i flussi provenienti dalla filantropia internazionale.

L'Africa rimane il destinatario principale dei flussi filantropici internazionali, con 17,6 miliardi di dollari nel periodo 2020-2023, pari al 33% del totale. Tuttavia, anche in questo caso, si osserva una marcata concentrazione degli attori: una manciata di grandi fondazioni internazionali – in particolare la Fondazione Gates e la Fondazione Mastercard – rappresenta oltre la metà dei finanziamenti destinati al continente. Tale concentrazione si riflette anche nei settori di intervento. La sanità assorbe il 40% delle risorse, seguita dall'istruzione (11%) e dal sostegno alla società civile (7%). Pur svolgendo un ruolo importante nella promozione dell'uguaglianza di genere – con una quota che supera quella dell'APS dell'8% – la filantropia rimane fortemente concentrata su aree specifiche, con evidenti limiti nella diversificazione degli interventi⁷⁴.

⁷⁴ OCSE, Filantropia privata per lo sviluppo (terza edizione): bilancio del contributo della filantropia allo sviluppo, La dimensione dello sviluppo, Parigi, 2026.

Figura 9. Aiuti pubblici allo sviluppo (APS) e flussi filantropici internazionali destinati alla sanità, alle politiche demografiche e alla salute riproduttiva nel 2024

15 donatori principali, impegni, miliardi di dollari, prezzi correnti



NOTE: I CONTRIBUTI DI BASE ALLE ORGANIZZAZIONI MULTILATERALI SONO ESCLUSI PER EVITARE CHE SIANO CONTEGGIATE DOPPIAMENTE CON I FLUSSI IN USCITA DAL SISTEMA MULTILATERALE. UNFPA È L'ACRONIMO DI FONDO DELLE NAZIONI UNITE PER LA POPOLAZIONE.

FONTE: OCSE (2026), CRS: SISTEMA DI RAPPORTO SUI CREDITI (FLUSSI)

La filantropia privata ha continuato a svolgere un ruolo fondamentale per sanità e istruzione nel periodo 2020-2023, costituendo oltre la metà di tutti gli esborsi filantropici e per una percentuale equivalente al 26% della spesa dell'APS nei medesimi settori. Tale ruolo potrebbe assumere particolare importanza in futuro, alla luce dei continui tagli all'APS che colpiscono sanità e istruzione.⁷⁵

Nel periodo 2020-2023, la Fondazione Gates è stata il principale finanziatore per la salute, con contributi pari al 55% delle donazioni filantropiche totali in questo settore. Oltre alla Fondazione Gates, tra le fondazioni internazionali che hanno fornito ingenti finanziamenti figurano il Wellcome Trust (9%), la Fondazione Susan T. Buffett (5%) e la Fondazione Mastercard (4%). Tra le fondazioni che operano anche a livello nazionale, la principale finanziatrice delle iniziative legate alla salute è stata la Fondazione di beneficenza Alibaba (Cina).

Sebbene la filantropia non possa eguagliare la portata dell'aiuto pubblico allo sviluppo o dei finanziamenti multilaterali, questa può comunque svolgere un ruolo trasformativo: riducendo i rischi degli investimenti, finanziando le innovazioni in fase iniziale e sostenendo settori, come l'intersezione tra salute e clima⁷⁶ e l'istruzione, spesso lasciati indietro dagli attori più importanti.

Tuttavia, le questioni relative alla trasparenza, alla responsabilità e alle implicazioni per la governance globale e i processi democratici fanno parte di un dibattito ancora in corso.⁷⁷

⁷⁵ OCSE, Filantropia privata per lo sviluppo (terza edizione): bilancio del contributo della filantropia allo sviluppo, La dimensione dello sviluppo, Parigi, 2026. ⁷⁶ Ibid.

⁷⁷ I. Kvangravenngriid Harvold, Filantropia e sviluppo: un pericolo per la democrazia?, Developing Economics, 16 ottobre 2016, <https://developingeconomics.org/2016/10/16/philanthropy-in-development-undermining-democracy/>.

⁷⁸ OCSE, Filantropia privata per lo sviluppo (terza edizione): bilancio del contributo della filantropia allo sviluppo, La dimensione dello sviluppo, Parigi, 2026..

RACCOMANDAZIONI: MIGLIORARE I CONTRIBUTI FILANTROPICI ALLO SVILUPPO (OCSE, 2026)⁷⁸

Per le fondazioni:

- **Condividere** i dati relativi alle donazioni filantropiche per individuare le lacune nei finanziamenti, evitare duplicazioni ed esplorare le sinergie con altri finanziatori.
- **Potenziare** le capacità interne, comprese quelle in ambito finanziario, e coordinarsi con altri donatori per mettere in comune risorse che favoriscano la condivisione dei saperi e l'advocacy.

Per gli enti governativi:

- **Stabilire** obblighi di rendicontazione annuale che impongano la pubblicazione online delle attività filantropiche e aumentare la capacità degli uffici statistici nazionali di monitorare i finanziamenti allo sviluppo provenienti da ciascun donatore.
- **Eliminare** gli ostacoli alla filantropia internazionale, compreso il trattamento fiscale differenziato tra attività nazionali e internazionali.

Per la comunità dei donatori:

- **Coinvolgere** le fondazioni nelle attività di monitoraggio e valutazione e condividere i risultati di tali valutazioni in modo trasparente.

IV. RISULTATI PRINCIPALI E PROSPETTIVE FUTURE

L'APS ha subito una contrazione strutturale, non ciclica. I dati relativi al 2025, che indicano un calo del 26,4% dell'APS bilaterale e del 12,7% di quello multilaterale, riflettono un mutamento delle priorità geopolitiche, pressioni fiscali interne nei paesi donatori e la concorrenza crescente da parte delle agende relative alla sicurezza, all'energia e alla politica industriale. È improbabile che, nel medio termine, i volumi complessivi dell'APS tornino ai livelli massimi raggiunti in passato. Questi potrebbero oltretutto continuare a diminuire o ristagnare, in termini reali. Questo non implica un ritiro della cooperazione allo sviluppo, ma piuttosto la necessità di una progressiva riconfigurazione. In questo contesto, i finanziamenti destinati alla SRHR subiranno pressioni sempre più intense, a meno che non vengano esplicitamente tutelati e riposizionati strategicamente all'interno delle architetture di sviluppo in fase di evoluzione.

Allo stesso tempo, l'APS rimane indispensabile. Continua ad avere una funzione di stabilizzazione e di assorbimento degli shock in contesti fragili e a basso reddito, in particolare nei sistemi sanitari in cui lo spazio fiscale nazionale è limitato e gli shock esterni sono ricorrenti. La sfida politica non è dunque quella della sostituzione, ma della ricalibrazione: garantire che l'APS sia impiegato in modo da rafforzare i sistemi nazionali, mobilitare finanziamenti aggiuntivi e sostenere l'erogazione di servizi basati sui diritti durante una transizione prolungata verso la maggiore mobilitazione delle risorse nazionali.

Per i donatori bilaterali e multilaterali, la sfida più importante consiste nel conciliare la riduzione delle dotazioni finanziarie con impegni costanti a favore dell'equità sanitaria e dei diritti sessuali e riproduttivi. Tuttavia, in contesti con risorse limitate, l'efficacia non dipende esclusivamente dal volume degli interventi. **Dipende in egual misura dalla definizione delle priorità, dalla prevedibilità e dalla coerenza delle politiche.**



La sfida politica non è dunque quella della sostituzione, ma della ricalibrazione: garantire che l'APS sia impiegato in modo da rafforzare i sistemi nazionali, mobilitare finanziamenti aggiuntivi e sostenere l'erogazione di servizi basati sui diritti durante una transizione prolungata verso la maggiore mobilitazione delle risorse nazionali.

IN QUESTO CONTESTO, EMERGONO DIVERSE OPPORTUNITÀ DI LEADERSHIP:

- **Rafforzamento della prevedibilità e dei finanziamenti pluriennali.** I donatori dovrebbero dare priorità a finanziamenti pluriennali e prevedibili per la SRHR. A tal fine occorre attivare canali bilaterali e multilaterali, specialmente a supporto di componenti centrali del sistema, come le catene di approvvigionamento dei prodotti per la salute riproduttiva. Benché i programmi bilaterali rimangano essenziali per il coinvolgimento di ciascun paese, è necessario rafforzarne la continuità. Parallelamente, i meccanismi multilaterali come UNFPA e i quadri di programmazione pluriennali dovrebbero essere sfruttati in modo sistematico al fine di migliorare la prevedibilità dei finanziamenti e sostenerne l'integrazione nei sistemi nazionali.
- **Mantenere i finanziamenti a fondo perduto per i servizi fondamentali legati alla SRHR.** I donatori devono ribadire il ruolo fondamentale dei finanziamenti a fondo perduto per i servizi essenziali legati alla SRHR, specialmente in contesti a basso reddito e fragili. Le sovvenzioni rimangono indispensabili perché finanziano servizi sanitari essenziali e basati sui diritti, che producono grandi benefici sociali ma rendimenti finanziari limitati. I donatori dovrebbero pertanto mantenere tali stanziamenti e, ove possibile, ampliarli per garantire la fornitura ininterrotta di cure salvavita per la SRHR.
- **Allineare APS e traiettorie di mobilitazione delle risorse interne.** I finanziamenti esterni dovrebbero sostenere progressivamente i percorsi di finanziamento nazionale anziché sostituirli. A tal fine occorre investire in modo costante nella capacità fiscale, nella gestione delle finanze pubbliche e nella sostenibilità del debito, come stabilito dal Compromesso di Siviglia. I paesi partner dovrebbero avere il rafforzamento dell'ownership nazionale e della sovranità fiscale tra le loro priorità, sfruttando in modo strategico finanziamenti esterni e supporto tecnico per lo sviluppo delle proprie capacità. L'esperienza di paesi come il Ruanda dimostra che i miglioramenti nei risultati sanitari sono strettamente legati al mantenimento delle priorità nazionali una volta ampliato il margine di manovra fiscale.

- **Sostenere il ruolo dei meccanismi di finanziamento innovativi per integrare i finanziamenti a fondo perduto.**

Donatori e paesi partner dovrebbero adottare un approccio differenziato verso i meccanismi di finanziamento innovativi, utilizzandoli in modo strategico per integrare, anziché sostituire, i finanziamenti a fondo perduto destinati alla salute sessuale e riproduttiva. I meccanismi di finanziamento innovativi dovrebbero essere orientati principalmente verso funzioni di supporto al sistema, come catene e sistemi di approvvigionamento, infrastrutture e incentivi al cofinanziamento, ambiti nei quali la mobilitazione di capitali aggiuntivi può migliorare efficienza e sostenibilità. Il loro impiego dovrebbe essere inserito progressivamente e con attenzione nell'ambito di più ampie transizioni del finanziamento sanitario, assicurandosi però che non vadano a sostituire i finanziamenti a fondo perduto per l'erogazione di servizi fondamentali per la SRHR in contesti a basso reddito e fragili.

- **Migliorare la coerenza tra i finanziamenti destinati agli interventi umanitari, allo sviluppo e alla sanità.**

I donatori dovrebbero implementare ogni sforzo volto a coordinare i flussi di finanziamento destinati a interventi umanitari, sviluppo e sanità, al fine di ridurre il rischio di frammentazione e garantire la continuità dei servizi per la SRHR nelle crisi di lunga durata. Occorre dunque che i finanziamenti per la risposta alle emergenze e gli investimenti a lungo termine nei sistemi sanitari siano allineati, anche attraverso quadri di pianificazione condivisa, procedure armonizzate di approvvigionamento di prodotti essenziali per la SRHR e percorsi di transizione prevedibili, dai finanziamenti emergenziali a quelli per lo sviluppo. A livello pratico, tutto questo comporta che la continuità dei servizi di salute riproduttiva in contesti di crisi venga garantita, sostenendo al contempo i sistemi nazionali affinché possano assorbire e garantire, a lungo andare, l'erogazione dei servizi.

- **A prescindere dal canale di finanziamento, la rendicontazione dovrebbe tener conto dei risultati ottenuti piuttosto che delle sole spese sostenute, affinché la responsabilità sia rivolta innanzitutto alle popolazioni destinatarie e ai benefici ottenuti, anziché all'ammontare delle risorse erogate.**

Il ruolo dei paesi donatori non è quello di sostituire indefinitamente i finanziamenti nazionali, né di ritirarsi prima del previsto. Le scelte di finanziamento compiute oggi saranno il riflesso e la testimonianza degli impegni politici di questa generazione di donatori.

BIBLIOGRAFIA

Centri africani per il controllo e la prevenzione delle malattie (Africa CDC). Africa's Health Financing in a New Era. Addis Ababa: Africa CDC, April 2025. <https://africacdc.org/download/africas-health-financing-in-a-new-era-april-2025/>.

Banca africana di sviluppo, Banca asiatica di sviluppo, Banca europea per la ricostruzione e lo sviluppo, Banca europea per gli investimenti, Gruppo della Banca interamericana di sviluppo e Gruppo della Banca mondiale. From Billions to Trillions: MDB Contributions to Financing for Development. Washington, DC: World Bank, July 2015. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/602761467999349576/pdf/98023-BR-SecM2015-0233-IDA-SecM2015-0147-IFC-SecM2015-0105-MIGA-SecM2015-0061-Box391499B-UOU-9.pdf>.

Baer, Katherine, Matthieu Bellon, Matt Davies, Ruud de Mooij, Vitor Gaspar, Andrea Lemgruber, Mario Mansour, Fayçal Sawadogo, Misa Takebe, and Charles Vellutini. Building Tax Capacity for Growth and Development: Evidence-Based Analysis for Mobilizing Domestic Revenue. Departmental Paper No. 2025/007. Washington, DC: International Monetary Fund, 2025. <https://www.imf.org/en/Publications/Departmental-Papers-Policy-Papers/Issues/2025/06/13/Building-Tax-Capacity-for-Growth-and-Development-Evidence-Based-Analysis-for-Mobilizing-565135>.

Basinga P, Gertler P, Binagwaho A et al. 2011. Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary health-care providers for performance: an impact evaluation. The Lancet, 377, 1421-1428

Bosma, Menno, and Hans van de Veen. Innovative Financing Instruments for Development: Popping up Like Daisies. The Hague: Partos, 2020. <https://www.partos.nl/publicatie/innovative-financing-instruments-for-development-popping-up-like-daisies/>.

Charnoz, Olivier, and Jean-Michel Severino. L'aide publique au développement. Nouvelle édition. Paris: La Découverte, 2015. <https://doi.org/10.3917/dec.charn.2015.01>.

Choat, Isabel. "Countries Boost Family Planning Funding in 'Powerful Shift from Dependency' in Africa after Aid Cuts." The Guardian, November 12, 2025. <https://www.theguardian.com/global-development/2025/nov/12/african-countries-boost-family-planning-funding-in-shift-from-dependency-after-aid-cuts>.

Commissione europea. Annual Report on the Implementation of the European Union's Humanitarian Aid Operations Financed in 2024. COM (2025) 562 final. Brussels: October 1, 2025. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:52025DC0562>.

Commissione europea. EU Global Health Strategy. Better Health for All in a Changing World. Brussels, November 30, 2022. https://health.ec.europa.eu/publications/eu-global-health-strategy-better-health-all-changing-world_en.

Commissione europea. EU Youth Action Plan in EU External Action 2022–2027. Brussels, October 4, 2022. https://international-partnerships.ec.europa.eu/policies/youth/youth-action-plan_en.

Commissione europea. Gender Action Plan III: An Ambitious Agenda for Gender Equality and Women's Empowerment in EU External Action. Brussels, November 25, 2020. https://www.eeas.europa.eu/eeas/gender-action-plan-iii-towards-gender-equal-world_en.

Commissione europea. Regulation (EU) 2021/947 of the European Parliament and of the Council of 9 June 2021 Establishing the Neighbourhood, Development and International Cooperation Instrument – Global Europe. Official Journal of the European Union, June 14, 2021. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32021R0947>.

Commissione europea. Team Europe Initiative on Sexual and Reproductive Health and Rights in Sub-Saharan Africa. Brussels, 2023. https://international-partnerships.ec.europa.eu/policies/global-gateway/sexual-and-reproductive-health-and-rights-srhr-sub-saharan-africa_en.

CONCORD Europe Global Europe Funds for CSOs: Who Holds the Lion's Share? Brussels: CONCORD Europe, September 2023. <https://concordeurope.org/wp-content/uploads/2023/10/Global-Europe-Funds-for-CSOs.pdf>.

Consiglio dell'Unione europea. 2024 Annual Report to the European Council on EU Development Aid Targets: Council Conclusions. Brussels: Council of the European Union, June 24, 2024. <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-11339-2024-INIT/en/pdf>.

Consiglio dell'Unione europea. EU Action Plan on Human Rights and Democracy 2020–2024. Brussels: Council of the European Union, November 18, 2020. <https://www.consilium.europa.eu/media/46838/st12848-en20.pdf>.

Consiglio dell'Unione europea. Mid-Term Evaluation of the NDICI–Global Europe External Financing Instrument: Council Conclusions. Brussels, June 24, 2024. <https://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-11343-2024-INIT/en/pdf>.

Countdown 2030 Europe. EU Institutions: European Institutions Country Profile, 2024 Data. Brussels: Countdown 2030 Europe, 2026. https://www.countdown2030europe.org/wp-content/uploads/2026/02/EU_Profile.pdf.

Countdown 2030 Europe. Insights from UNFPA Supplies Partnership New Financing Model: Examples of Implementation and Impact. Brussels: Countdown 2030 Europe, August 5, 2025. https://www.countdown2030europe.org/wpcontent/uploads/2025/08/UNFPA_Supplies_Partnerships_Report-1.pdf.

Countdown 2030 Europe. Tracking What Counts: A Trends Analysis of European Donor Support to Sexual & Reproductive Health and Rights & Family Planning 2024–2025. Brussels: Countdown 2030 Europe, February 16, 2026. <https://www.countdown2030europe.org/wp-content/uploads/2026/02/Annual-Tracking-Report-24-25-FINAL.pdf>.

Cullinan, Kerry. "US Speeds up Signing of Bilateral Health Agreements, DRC Lawyers Challenge Minerals Deal." Health Policy Watch, March 2, 2026. <https://healthpolicy-watch.news/us-speeds-up-signing-of-bilateral-health-agreements/>.

Datta, Neil. The Next Wave: How Religious Extremism Is Regaining Power. Brussels: European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights, 2025. <https://www.epfweb.org/node/1147>.

Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW). Donors Delivering for SRHR: Report 2025. Bruxelles: DSW, 2025. <https://www.donorsdelivering.report>.

EDFI Association. "EDFI Data: European DFIs in 2024 Hit Highest Commitment Growth since 2018." February 25, 2025. <https://edfi.eu/edfi-data-release-european-dfis-hit-highest-commitment-growth-since-2018/>.

Euronews. "Adapt, Shrink or Die: US Ties €1.7bn UN Aid Pledge to Sweeping Reforms." December 29, 2025. <https://www.euronews.com/business/2025/12/29/adapt-shrink-or-die-us-ties-17bn-un-aid-pledge-to-sweeping-reforms>.

Gates Foundation. 2025 Goalkeepers Report: We Can't Stop at Almost. 2025. <https://www.gatesfoundation.org/goalkeepers/report/2025-report/>.

Glennie, Jonathan. Circular Cooperation: Evolving International Partnerships for the 21st Century. Global Cooperation Institute, 2025. <https://globalcooperation.institute/circular-cooperation/>.

Global Perspectives. 2026. Reproductive Health at a turning Point. Perspectives on Innovation, Financing, and Partnership in a changing world. Berlin: Reproductive Health at a Turning Point - Global Perspectives Initiative

Government Outcomes Lab, Blavatnik School of Government, University of Oxford. Humanitarian Impact Bond Case Study. Oxford: University of Oxford, reviewed September 2022. <https://golab.bsg.ox.ac.uk/knowledge-bank/case-studies/humanitarian-impact-bond/>.

Guttman Institute. 2025. Adding It Up 2024: Investing in Sexual and Reproductive Health. NY: Adding It Up 2024: Investing in Sexual and Reproductive Health in Low- and Middle-Income Countries | Guttman Institute

Huckstep, Shelby, Lara Granito, Sandra Casadevall Bellés, and Lee Crawford. "Charting the Fallout of Aid Cuts: Which Countries Will Be Hit Hardest, as Multiple Donors Cut Budgets?" Center for Global Development, June 12, 2025. <https://www.cgdev.org/blog/charting-fallout-aid-cuts>.

Impact Investing Institute. ICRC Humanitarian Impact Bond Case Study. London: Impact Investing Institute, 2023. <https://www.impactinvest.org.uk/resources/case-studies/icrc-humanitarian-impact-bond/>.

Info-cooperazione. "L'anno zero degli aiuti allo sviluppo: Il 2025 cancella cinque anni di progressi." April 2026. <https://www.info-cooperazione.it/2026/4/lanno-zero-degli-aiuti-allo-sviluppo-il-2025-cancella-cinque-anni-di-progressi>.

Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises. Minimum Initial Service Package (MISP) for Sexual and Reproductive Health (SRH) in Crisis Situations: A Distance Learning Module. New York: IAWG, 2020. <https://cdn.iawg.rygn.io/documents/IAWG-MISP-DLM-English.pdf>.

InterAction. Innovative Finance for Development: A Guide for International NGOs. Washington, DC: InterAction, 2018. <https://www.interaction.org/wp-content/uploads/2019/02/Innovative-Finance-for-Development-A-Guide-for-International-NGOs.pdf>. <https://www.interaction.org/wp-content/uploads/2019/02/Innovative-Finance-for-Development-A-Guide-for-International-NGOs.pdf>.

International Committee of the Red Cross. "First Humanitarian Impact Bond Successfully Brings Physical Rehabilitation Services to Conflict-Affected Communities." July 30, 2022. <https://ir.icrc.org/en/2022/07/first-humanitarian-impact-bond-successfully-brings-physical-rehabilitation-services-to-conflict-affected-communities/>. <https://ir.icrc.org/en/2022/07/first-humanitarian-impact-bond-successfully-brings-physical-rehabilitation-services-to-conflict-affected-communities/>.

International Monetary Fund. Fiscal Monitor: Spending Smarter: How Efficient and Well-Allocated Public Spending Can Boost Economic Growth. Washington, DC, 2025. <https://www.imf.org/-/media/files/publications/fiscal-monitor/2025/october/english/text.pdf>. <https://www.imf.org/-/media/files/publications/fiscal-monitor/2025/october/english/text.pdf>.

International Monetary Fund. "Public Debt." IMF Annual Report 2023. Washington, DC, 2023. <https://www.imf.org/external/pubs/ft/ar/2023/in-focus/public-debt/>.

Kellie Moss and Jennifer Kates, "UNFPA Funding and Kemp-Kasten: An Explainer," KFF, April 17, 2026.

Kvangraven, Ingrid Harvold. "Philanthropy in Development: Undermining Democracy?" *Developing Economics*, October 16, 2016. <https://developingeconomics.org/2016/10/16/philanthropy-in-development-undermining-democracy/>.

Mhaka, Tafi. "US's New Scramble for Africa Is Biomedical Imperialism." *Al Jazeera*, March 13, 2026. <https://www.aljazeera.com/opinions/2026/3/13/uss-new-scramble-for-africa-is-biomedical-imperialism>.

Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE). *A Historic Decline in Foreign Aid: Preliminary 2025 ODA Data*. Paris, April 9, 2026. <https://www.oecd.org/en/data/insights/data-explainers/2026/04/a-historic-decline-in-foreign-aid-preliminary-2025-oda-data.html>.

Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE). *Cuts in Official Development Assistance: OECD Projections for 2025 and the Near Term*. OECD Policy Briefs, Paris, 2025. <https://doi.org/10.1787/8c530629-en>.

Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE). *Development Cooperation Profiles: European Union Institutions*. OECD Policy Briefs, Paris, 2025. https://www.oecd.org/en/publications/development-co-operation-profiles_04b376d7-en/european-union-institutions_e27f9002-en.html.

Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE). *Final OECD Statistics on Official Development Assistance (ODA) and Other Resource Flows to Developing Countries in 2024*. OECD Policy Briefs, Paris, 2025. <https://www.oecd.org/en/data/insights/data-explainers/2025/12/final-oecd-statistics-on-oda-and-other-development-finance-flows-in-2024-key-figures-and-trends.html>.

Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE). *Private Philanthropy for Development (Third Edition): Taking Stock of Philanthropy's Contribution to Development*. The Development Dimension. Paris: OECD Publishing, 2026. <https://doi.org/10.1787/98e676c0-en>.

Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE). *States of Fragility 2022*. Paris: OECD Publishing, 2022. <https://doi.org/10.1787/c7fed5e-en>.

Severino, J.-M. 2026. *L'aide publique au développement à l'ère de la démondialisation. Politique étrangère*, 2026/1 (Printemps), pp. 75–89 <https://doi.org/10.3917/pe.261.0075>.

Severino, Jean-Michel, and Xavier Charnoz. "Un paradoxe du développement." *Revue d'économie du développement* 11, no. 4 (2003): 77–97. <https://doi.org/10.3917/edd.173.0077>.

Silva, Andréa Ferreira da, Rodrigo Volmir Rezende Anderle, Gonzalo Barreix Sibils, Lucas de Oliveira Ferreira de Sales, Daniel Pena, Clara Monti, and Davide Rasella. "The Impact of Two Decades of Humanitarian and Development Assistance and the Projected Mortality Consequences of Current Defunding to 2030: Retrospective Evaluation and Forecasting Analysis." *The Lancet Global Health* 14, no. 3 (2026). [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(26\)00008-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(26)00008-2).

Stover, John, Emily Sonneveldt, Yvonne Tam, Kelly C. Horton, Andrew N. Phillips, John Smith, Rebecca Martin-Hughes, David ten Brink, Daniel T. Citron, Hae-Young Kim, Ali Akullian, Ethel Mudimu, Michael Pickles, Anna Bershteyn, Jessica Williamson, Gesine Meyer-Rath, Leigh Jamieson, Elizabeth A. Sully, Jenny N. White, and Danny Kaftan. "Effects of Reductions in US Foreign Assistance on HIV, Tuberculosis, Family Planning, and Maternal and Child Health: A Modelling Study." *The Lancet Global Health* 13, no. 10 (2025): e1669–e1680. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(25\)00281-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(25)00281-5).

Strid, Alma Agustí, Zoe Welch, Kristin Laub, Daisy Huntington, and Elton Smole. *Innovative Financing Series: Introduction to Innovative Financing*. Donor Tracker, July 1, 2025. <https://donortracker.org/publications/innovative-financing-series-introduction-to-innovative-financing-2025>.

Sully, Elizabeth A., Jacqueline D. Rosenberg, Mia Tignor, Caroline E. Geddes, Ana D. Fernandez, and Chelsea Polis. *Adding It Up 2024: Investing in Sexual and Reproductive Health in Low- and Middle-Income Countries*. New York: Guttmacher Institute, 2025. <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2024>.

The Guardian. "Patient Data in Exchange for Dollars: US Health Funding Deals Offer Desperately Needed Cash to African Countries—but at What Cost?" March 4, 2026. <https://www.theguardian.com/uk-news/2026/mar/04/patient-data-in-exchange-for-dollars-just-how-fair-are-us-health-funding-deals-with-african-countries>.

UNICEF. *Is an End to Child Marriage within Reach? Latest Trends and Future Prospects*. New York: 2023. <https://data.unicef.org/resources/is-an-end-to-child-marriage-within-reach/>.

United Nations Conference on Trade and Development. *Financing for Sustainable Development Report 2024*. Geneva, 2025. <https://unctad.org/publication/financing-sustainable-development-report-2024>.

United Nations General Assembly. *Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development*. A/RES/69/313. New York, 2015. <https://undocs.org/A/RES/69/313>.

United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA). *Financial Tracking Service*. Accessed April 29, 2026. <https://fts.unocha.org/>.

United Nations Population Fund (UNFPA). *Annex 2: UNFPA Humanitarian Update, 2023: Report of the Executive Director—Progress in Implementing the UNFPA Strategic Plan, 2022–2025*. New York, 2024. https://www.unfpa.org/sites/default/files/board-documents/main-document/Annex%20-%20Humanitarian%20update%202023_FINAL.pdf.

United Nations Population Fund (UNFPA). *Donor Contributions*. Accessed April 30, 2026. <https://www.unfpa.org/data/donor-contributions>.

United Nations Population Fund (UNFPA). *Humanitarian Action Overview 2024*. New York, 2024. <https://www.unfpa.org/publications/humanitarian-action-overview-report-2024>.

United Nations Population Fund (UNFPA). *Interwoven Lives, Threads of Hope: Ending Inequalities in Sexual and Reproductive Health and Rights*. *State of World Population 2024*. New York, 2024. <https://www.unfpa.org/swp2024>.

United Nations Population Fund (UNFPA). *Investing in Three Transformative Results: Realizing Powerful Returns*. New York, 2022. <https://www.unfpa.org/publications/investing-three-transformative-results-realizing-powerful-returns>.

United Nations Population Fund (UNFPA). "5 Reasons Why Menstruation Support Is Critical in a Humanitarian Crisis." May 28, 2024. <https://www.unfpa.org/news/5-reasons-why-menstruation-support-critical-humanitarian-crisis>.

United Nations Population Fund (UNFPA). "Statement by UNFPA Executive Director on the United States Government Funding Cuts." February 28, 2025. <https://www.unfpa.org/press/statement-unfpa-executive-director-united-states-government-funding-cuts>.

United Nations Sustainable Development Group, "Blended Finance: From Buzzword to Real-World Results," July 11, 2025

United Nations Sustainable Development Goals. "Goal 3: Ensure Healthy Lives and Promote Well-Being for All at All Ages." Accessed February 17, 2026. https://sdgs.un.org/goals/goal3#targets_and_indicators.

United Nations. *Compromiso de Sevilla: Outcome Document of the Fourth International Conference on Financing for Development*. A/CONF.227/2025/L.1. New York, 2025. <https://unctad.org/system/files/official-document/aconf227-2025-l1-en.pdf>.

United Nations. *Monterrey Consensus of the International Conference on Financing for Development*. A/CONF.198/11. New York, 2002. <https://undocs.org/A/CONF.198/11>.

Welch, Zoe, and Kristin Laub. *Beyond the Headline: Gavi 6.0 Pledges in a Constrained Funding Landscape*. Donor Tracker, April 28, 2026. <https://donortracker.org/publications/beyond-the-headline-gavi-6-0-pledges-in-a-constrained-funding-landscape-2026>.

World Bank and World Health Organization. *Tracking Universal Health Coverage: 2023 Global Monitoring Report*. Washington, DC: World Bank Group, 2023. <http://documents.worldbank.org/curated/en/099652109152323107>.

World Bank. *International Debt Report 2025*. Washington, DC, 2025. <https://www.worldbank.org/en/programs/debt-statistics/idr/products>.

World Health Organization. *Domestic General Government Health Expenditure (% of Current Health Expenditure)*. Global Health Expenditure Database. Updated December 12, 2025. Accessed February 17, 2026. https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.CH.ZS?locations=XO&most_recent_value_desc=false.

World Health Organization. *Making Fair Choices on the Path to Universal Health Coverage: Final Report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage*. Geneva: WHO Press, 2014. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/9cad3f5d-c25d-487e-b016-89e73636f62c/content>.

World Health Organization. *Trends in Maternal Mortality 2000 to 2023: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*. Geneva, 2025. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240108462>.

