

**UNIVERSITATEA „BABEȘ–BOLYAI” CLUJ-NAPOCA
FACULTATEA DE TEOLOGIE ROMANO-CATOLICĂ
ȘCOALA DOCTORALĂ RELIGIE, CULTURĂ, SOCIETATE**

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

**Asistență pastorală spitalicească centrată pe pacient
Strategii pentru organizarea serviciilor de asistență pastorală
spitalicească în Arhiepiscopia Romano-Catolică Alba Iulia**

Coordonator Științific

Prof. Univ. Dr.

Csiszár Klára-Antónia

Doctorand

Dani (Pál-Jakab) Orsolya

Cluj-Napoca

2025

Cuprins

1. INTRODUCERE	11
1.1. Contextul cercetării	12
1.2. Obiectivul prezentului studiu	14
1.3. Arcul logic și structura disertației	16
PARTEA I: CRITERIOLOGIE	19
2. ARGUMENTARE TEOLOGICĂ PRIVIND ACTUALITATEA ASISTENȚEI PASTORALE SPITALICEȘTI	19
2.1. Persoana bolnavă – de la periferie la centru	20
2.2. Praxis-ul lui Isus și Biserica misionară	22
2.3. Viziunea ecleziologică a papei Francisc și metafora „spitalului de campanie”	24
2.4. Dinamica Bisericii care iese în lume	26
2.5. Rezumat	34
3. VIZIUNEA UNUI SERVICIU REGIONAL DE ASISTENȚĂ PASTORALĂ SPITALICEASCĂ CENTRATĂ PE PACIENT	37
3.1. Gânduri introductive despre semnificația viziunilor	37
3.2. Formulare de viziune în practica eclezială	38
3.3. Viziune pentru un serviciu diecezan de asistență pastorală spitalicească	
3.3.1. Caracter comprehensiv	43
3.3.2. Centrare pe pacient	44
3.3.3. Focalizare pe asistență pastorală	46
3.3.4. Integrare spitalicească	48
3.3.5. Competență profesională și profesionalism	50
3.3.6. Regionalitate	52
3.3.7. Acces gratuit	53
3.4. Drumul spre implementare: elaborarea strategiei	55
3.5. Rezumat	60
3.6. Sinteza obiectivelor	62
PARTEA II: KAIROLOGIE	65
4. ACTIVITATEA DE ASISTENȚĂ PASTORALĂ SPITALICEASCĂ ÎN ARHIEPISCOPIA ROMANO-CATOLICĂ DE ALBA IULIA	65
4.1. Lecții din documentele sinodului diecezan	66
4.2. Practică actuală de spitalpastorație în dieceză	69
4.3. Privire de ansamblu: identificarea unei bune practici la nivel instituțional	72
PARTEA III: PRAXEOLOGIE	88
5. MODELE DE ORGANIZARE A SERVICIILOR DE ASISTENȚĂ PASTORALĂ SPITALICEASCĂ ÎN EUROPA CENTRALĂ	88

5.1. Contextul cercetării: modele organizatorice	88
5.2. Obiectivele cercetării practice și metodologia aplicată	90
5.3. Întrebări de cercetare și ipoteze pentru studiul calitativ	92
5.4. Design metodologic al cercetării calitative de teren	93
5.5. Colectarea și analiza datelor	95
5.5.1. Interviu semi-structurat calitativ: realizare și analiză	95
5.5.2. Instrumentul de măsurare	101
5.6. Eșantionarea	103
5.7. Prezentarea succintă a modelelor și instituțiilor incluse în teren	105
5.7.1. Model diecezan 1	106
5.7.2. Model diecezan 2	108
5.7.3. Model mixt	109
5.7.4. Model instituțional	110
5.8. Ghiduri etice	111
6. STRATEGII PENTRU ORGANIZAREA SERVICIILOR DE ASISTENȚĂ PASTORALĂ SPITALICEASCĂ	112
6.1. Caracter comprehensiv	112
6.1.1. Determinarea drepturilor de acces	113
6.1.2. Asigurarea accesului la asistență pastorală	115
6.1.3. Implementarea caracterului comprehensiv	117
6.1.4. Bune practici pentru caracterul comprehensiv	120
6.2. Centrare pe pacient	122
6.2.1. Informare	123
6.2.2. Organizarea accesului temporal	127
6.2.3. Luarea în considerare a nevoilor	131
6.2.4. Capacitate de răspuns	135
6.2.5. Bune practici pentru centrare pe pacient	138
6.3. Focalizare pe asistență pastorală	142
6.3.1. Ponderea activității pastorale vs. alte activități	142
6.3.2. Activități de documentare	145
6.3.3. Identitate pastorală	147
6.3.4. Abordare ecumenică	151
6.3.5. Distribuția sarcinilor în asistență pastorală	152
6.3.6. Bune practici pentru focalizarea pastorală	154
6.4. Integrare spitalicească	158
6.4.1. Loyalitate față de spital	159
6.4.2. Cooperare interdisciplinară și muncă în echipă	160
6.4.3. Proces de integrare	165
6.4.4. Misiunea și chemarea pastorilor spitalicești	172
6.4.5. Nivelul de informare medicală al pastorilor	176
6.4.6. Cultura organizațională și integrare	177
6.4.7. Bune practici pentru integrare spitalicească	182
6.5. Competență profesională și profesionalism	184
6.5.1. Pregătire și specializare profesională	184
6.5.2. Autorizație de funcționare	186
6.5.3. Reglementări interne	187
6.5.4. Etica profesională	188
6.5.5. Domeniul de competență al pastorilor spitalicești	192
6.5.6. Asigurarea calității	196
6.5.7. Organizarea voluntariatului	199

6.5.8. Bune practici în competență profesională și profesionalism	201
6.6. Regionalitate	204
6.6.1. Organizare teritorială	205
6.6.2. Entitatea susținătoare a serviciilor pastorale	207
6.6.3. Conducerea serviciului pastoral spitalicesc	208
6.6.4. Relații cu diverse organizații	217
6.6.5. Dezvoltare ulterioară	219
6.6.6. Bune practici în organizarea regională	221
6.7. Acces gratuit	222
6.7.1. Finanțare în modelul instituțional.....	222
6.7.2. Finanțare în modelul diecezan	224
6.7.3. Contribuții ale beneficiarilor	228
6.7.4. Costuri și resurse asigurate	229
6.7.5. Infrastructura serviciului pastoral spitalicesc	231
6.7.6. Infrastructură tehnologică	233
6.7.7. Bune practici de generare de resurse	236
7. RECOMANDĂRI ALE EXPERTILOR ȘI CONCLUZII	239
7.1. Recomandările experților	239
7.2. Concluzii pe baza viziunii serviciului de asistență pastorală spitalicească	244
7.3. Gânduri de încheiere	254
MULȚUMIRI	255
BIBLIOGRAFIE	256

Rezumat

Tema prezentei disertații doctorale este organizarea serviciilor de asistență pastorală spitalicească centrate pe pacient în Europa de Est și Centrală. În acest context, ne-am propus să dezvoltăm strategii aplicabile pentru implementarea unui astfel de serviciu, atât la nivel diecezan, cât și în spitalele din incidența acestuia. Prin rezultatele cercetării noastre, scopul este de a contribui la realizarea prezenței asistenței pastorale spitalicești și la organizarea activității pastorale în cadrul Arhiepiscopiei Romano-Catolice de Alba Iulia.

Disertația se bazează pe rezultatele unei cercetări calitative de teren. În cadrul acestei cercetări, am examinat patru modele concrete de organizare a serviciilor de asistență pastorală spitalicească în Austria și Ungaria. În ambele țări, am analizat serviciile organizate la nivel diecezan și instituțional. Colectarea datelor s-a realizat prin intermediul a șase observații non-participante în spitale și a 18 (optsprezece) interviuri semi-structurate – din care cinci cu liderii serviciilor și 12 (doisprezece) cu personalul de asistență pastorală spitalicească. Analiza datelor colectate în teren a condus la formularea unor orientări strategice și a unor metode de organizare a serviciilor de asistență pastorală spitalicească, care reprezintă cele mai importante rezultate ale disertației.

În cursul cercetării, s-au utilizat metodele de lucru ale teologiei pastorale, și anume investigările criteriologice, caiologice și praxeologice referitoare la organizarea serviciilor de asistență pastorală spitalicească.¹ Structura disertației urmează aceeași logică.

În prima parte a lucrării (capitolele 2 și 3) s-a realizat o investigație criteriologică, cu scopul de a identifica standardele și criteriile practicilor eclesiale. În consecință, am examinat adecvarea serviciului de asistență pastorală spitalicească și am stabilit criteriile și obiectivele în baza cărora un astfel de serviciu poate fi organizat. Cel mai important rezultat al cercetării criteriologice este viziunea privind un serviciu de asistență pastorală spitalicească la nivel diecezan, care s-a cristalizat în procesul de formulare a viziunii. În cadrul investigației criteriologice am analizat necesitatea existenței serviciilor de asistență pastorală spitalicească și am determinat rolul pe care organizarea acestora îl are din perspectiva Bisericii și a societății (capitolul 2). Am susținut un raționament teologic privind actualitatea și importanța asistenței pastorale spitalicești, bazată pe două argumente principale: pe de o parte, lumea și societatea au nevoie de serviciul Bisericii în sprijinul pacienților și al îngrijitorilor acestora; pe de altă

¹ Paul M. ZULEHNER: *Pastorale Futurologie. Kirche auf dem Weg ins gesellschaftliche Morgen*, Patmos, Düsseldorf 1990, 40–41. Comp. CSISZÁR Klára: *A pasztorális teológia a való világ kalandja*, în: <https://romkat.ro/2020/10/08/a-pasztoralis-teologia-a-valo-vilag-kalandja/>. Data accesării: 05.08.2024

parte, acest serviciu este strâns legat de natura misionară a Bisericii, permițând astfel ca Biserica să devină cu adevărat Biserica lui Cristos în lume, făcând iubirea lui Dumnezeu palpabilă pentru oameni.

Pe baza acestor premise, am abordat problema din patru perspective pentru a demonstra de ce este necesară prezența pastorilor în secțiile spitalicești în secolul XXI. Principalele concluzii se pot rezuma astfel:

- (1) Potrivit teologiei lui Papa Francisc, pacienții și persoanele aflate în nevoie pot fi privite ca trecând *de la margine la centru*, adică cei care trăiesc la periferia societății – săraci și bolnavi – devin centrul activității eclesiale.² Conform formulării lui Therese Lysaught, aceste persoane constituie „locus sacramentum”, prin care se face manifestă trupul suferind al lui Cristos, iar Biserica se organizează în jurul Eucharistiei.³ Această teorie susține și viziunea eclesiologică a lui Papa Francisc, în care activitatea eclesială este organizată în jurul a doi poli interdependenți: Eucharistia (ca centru) și săracii și bolnavii care poartă rănilor lui Cristos (ca periferie).⁴ Astfel, pacienții devin centru prin prezența manifestată prin suferința lui Cristos, fiind recunoscuți ca „locus sacramentum”, iar activitatea eclesială se organizează în jurul lor. Pacienții nu sunt doar beneficiari ai îngrijirii fizice, ci devin și purtători ai lui Cristos și, prin aceasta, promovează evanghelizarea Bisericii.⁵
- (2) Papa Francisc subliniază că fundamentul oricărei activități pastorale este *practica lui Isus*.⁶ Biserica își poate îndeplini misiunea prin ascultarea nevoilor oamenilor, răspunsul la necesitățile acestora, intrarea în realitatea lor și transformarea iubirii lui Dumnezeu într-o experiență palpabilă.⁷ Activitatea de vindecare și mântuire a lui Isus servește ca model pentru Biserică: întâlnirea cu bolnavii, mângâierea celor suferinzi și ridicarea celor marginalizați sunt manifestările esențiale ale evangheliei. Logica sacramentală a lui Papa Francisc scoate Biserica din zona de confort, determinând-o să depășească limitele proprii și să se confrunte cu problemele reale ale societății,

² LYSAUGHT, M. Therese: *Las Periferias y El Pan: Pope Francis, the Theology of the People, and the Conversion of Catholic Bioethics*, *Perspectivas Teológica Bioética* 51 (2019/3), 421–442.

³ Ibid.

⁴ LYSAUGHT: *Las Periferias*, 424–429.

⁵ LYSAUGHT: *Las Periferias*, 431.

⁶ LYSAUGHT: *Las Periferias*, 429. Comp. Rafael LUCIANI: *Pope Francis and the Theology of the People*, Orbis Books, Ossining 2017, 149.

⁷ SZÁSZ I. Szilárd: *Csiszár Klára: Az egyház nem lehet egy önmaga körül forgó egyház*, in: <https://romkat.ro/2021/10/31/csiszar-klara-az-egyhazi-nem-lehet-egy-onmaga-korul-forgo-egyhazi/>. Data accesării: 29.06. 2024.

recunoscându-și astfel propria identitate și misiune în slujba săracilor și bolnavilor.⁸ Astfel, serviciul de asistență pastorală spitalicească poate fi interpretat și ca un proces de auto-descoperire al Bisericii, în care aceasta se confruntă simultan cu misiunea sa și cu realitatea, cu cei aflați la margine, cu săracii.⁹ Realitatea în care Biserica trebuie să funcționeze și să își împlinească misiunea poate fi înțeleasă deplin doar din perspectiva periferiei. Practica lui Isus implică ca Biserica – sau, în cazul nostru, pastorii spitaliciști – să fie prezenți în lume și în secția spitalicească în funcție de nevoile pacienților.¹⁰

(3) Prin serviciul de asistență pastorală spitalicească, Biserica se poate apropia de viziunea eclesiologică a lui Papa Francisc, potrivit căreia Biserica trebuie să se transforme într-un fel de spital de campanie (field hospital).¹¹ Papa Francisc caracterizează Biserica prin metafora „spitalului de campanie”, subliniind că sarcina primordială a Bisericii este de a vindeca „rănila” lumii.¹² Biserica trebuie să se facă simțită în lume așa cum se simte un spital de campanie într-o zonă de conflict, metaforă care se potrivește de minune cu asistența pastorală spitalicească, ce servește drept bastion al nevoilor spirituale ale pacienților, al demnității umane și al sacralității vieții în crizele bolii, chiar și în instituții medicale adesea orientate utilitarist.¹³

(4) Activitatea de asistență pastorală spitalicească reflectă dinamica specifică a unei Biserici care „iese în lume”. Această dinamică poate fi rezumată astfel: Dumnezeu trimite Biserica în lume, încredințându-i sarcina de a face iubirea Sa percepută și concretă pentru oameni.¹⁴ Din misiunea sa, Biserica poate deveni cu adevărat misionară doar printr-o depășire a sinelui, prin recunoașterea locurilor în care există suferință și a nevoii de iubire creatoare și vindecătoare a lui Dumnezeu. De aceea, este esențial ca Biserica să identifice rănila lumii și să recunoască grupurile marginalizate ale societății. Suferințele și rănila observate sunt filtrate prin identitatea misionară a Bisericii, prin învățăturile lui Isus Cristos și relația cu Dumnezeu, rezultând astfel în formarea unor

⁸ NÉMET László SVD – CSISZÁR Klára: *Gyógyító szeretet. Bevezetés a katolikus missziológiába*, Szent István Társulat, Budapest 2022, 87–88.

⁹ PÁL-JAKAB Orsolya: Miért vagy itt? Az egyházak képviselőinek diaszpóra-tapasztalata a szekuláris egészségügyi intézményekben, in: *Studia Theologica Transsylvaniensia* 25 (2022), 177–195.

¹⁰ Ibid.

¹¹ Ferenc pápa: Homily – Holy Mass for the Opening of the XIV Ordinary General Assembly of the Synod of Bishops (04.10.2015.), in: https://www.vatican.va/content/francesco/en/homilies/2015/documents/papa-francesco_20151004_omelia-apertura-sinodo-vescovi.html. Data accesării: 29.06. 2024.

¹² NÉMET/CSISZÁR: *Gyógyító szeretet*, 85–91.

¹³ PÁL-JAKAB: Miért vagy, 177–193.

¹⁴ CSISZÁR Klára A.: *Már nem csupán opció a világiak bevonása. Néhány gondolat a legújabb vatikáni dokumentum kapcsán*, in: <https://romkat.ro/2020/08/03/mar-nem-csupan-opcio-a-vilagiak-bevonasa-a-lelkipasztori-munkaba>. Data accesării: 29.06. 2024. Comp. Constituția dogmatică asupra Bisericii Lumen Gentium (în continuare: LG), a Conciliului Vatican II, în Acta Apostolica Sedis 57 (1965).

viziuni eclesiale și a unui plan de acțiune pentru intervenția în societate, astfel încât Biserica să fie prezentă în punctele sensibile și să transmită iubirea creatoare și vindecătoare a lui Dumnezeu către umanitate.

Importanța și relevanța asistenței pastorale spitalicești – și, implicit, a practicii eclesiale în spitale – constă în capacitatea sa de a materializa identitatea misionară a Bisericii, de a servi societatea și pacienții, întrucât preoții spitaliciști și pastorii lucrează în spiritul *missio ad vulnera* și *missio in misericordia*.¹⁵ Papa Francisc invită pe toți cei implicați în viața și misiunea Bisericii să acționeze într-un mod sinodal, adică să parcurgă împreună drumul poporului lui Dumnezeu. Conceptul de sinodalitate implică, pe lângă misiune, și comunitatea și participarea activă. În contextul asistenței pastorale spitalicești, sinodalitatea înseamnă că serviciile destinate pacienților, rudelor și personalului medical nu sunt doar atribuția preotului spitalicesc, ci se realizează prin participarea activă a întregii comunități eclesiale.¹⁶

Ulterior, în capitolul 3 s-a realizat un proces de formulare a viziunii folosind metoda criteriologică. Viziunea reprezintă starea ideală către care tinde practica eclesială, starea viitoare care ar trebui să ghideze dezvoltarea activității pastorale în spitale, pentru a răspunde nevoilor spirituale ale celor prezenți. În procesul de formulare a viziunii s-au luat în considerare trei criterii: practica lui Isus și învățătura socială a Bisericii; armonizarea cu obiectivele sistemului de sănătate; și fezabilitatea implementării. Am concluzionat că este necesară organizarea unui serviciu de asistență pastorală spitalicească centrat pe pacient la nivel (diecezan).

Am identificat șapte caracteristici esențiale care stau la baza viziunii unui serviciu de asistență pastorală spitalicească adecvat și oportun: (1) Caracter comprehensiv: Se referă la accesibilitatea universală a îngrijirii oferite de pastorii spitalicești, indiferent de apartenența religioasă sau de orientarea ideologică, pentru pacienți, rude și personalul spitalicesc. (2) Centrat pe pacient: Implică faptul că pastorul este prezent în slujba pacientului conform situației și nevoilor acestuia. (3) Accentul pe asistență pastorală: Înseamnă că, în practica de asistență pastorală spitalicească, se pune accentul pe îngrijirea personală, ascultarea activă și consilierea individuală, astfel încât beneficiarul să simtă că nu este lăsat singur în criza bolii. (4) Integrarea în sistemul spitalicesc: Se referă atât la desfășurarea serviciului în mediul

¹⁵ CSISZÁR Klára: Kirche in Liebesdynamik – integrales Missionsverständnis mit praktischen Konsequenzen. Skizze einer existenzanalytischen Pastoraltheologie, în: *Studia Universitatis Babeș-Bolyai Theologia Catholica Latina* (2018/1), 57–58.

¹⁶ A XVI-a Adunare Generală Ordinară a Sinodului Episcopilor: *A Synodal Church, capitolul „I. Synodality: Experience and Understanding”* subsecțiunea „Convergences” punctul g).

spitalicesc, cât și la capacitatea sa de a se integra în sistemele de sănătate și de spitalizare, având obiective, metode, cerințe și destinații specifice. (5) Competența profesională și profesionalism: Se subliniază pregătirea specializată a celor care desfășoară serviciul, recunoscând asistența pastorală spitalicească ca un domeniu distinct, interdisciplinar, cu ghiduri profesionale specifice și un fundament științific clar definit. (6) Regionalitate: Se referă la organizarea teritorială a serviciilor de asistență pastorală spitalicească, adică organizarea și optimizarea îngrijirii pastorale pe întreg teritoriul eparhial. (7) Acces gratuit: Înseamnă că serviciile de asistență pastorală sunt disponibile gratuit pentru beneficiari, astfel încât costurile aferente remunerației pastorilor nu sunt suportate direct de pacienți, ci sunt acoperite prin alte mecanisme de finanțare.

Dacă dorim să dezvoltăm în continuare practica eclesială existentă în domeniul asistenței pastorale spitalicești conform acestor viziuni, este necesară planificarea strategică și formularea de strategii. Tot aici (în capitolul 3) s-au definit semnificațiile și funcțiile viziunii și strategiei. Viziunea stabilește direcția și motivează acțiunea către un anumit obiectiv (starea ideală), criticând constructiv practica existentă.¹⁷ Indicatorii și caracteristicile viziunii servesc drept ghid pentru optimizarea continuă a practicii eclesiale, iar această optimizare poate fi realizată doar pe baza unei viziuni clare, menite să ducă la o practică eclesială mai eficientă și orientată spre viitor.¹⁸ Relația dintre strategie și viziune este ilustrată de Fekete Hajnalka: „Strategia conține obiectivele și sarcinile concrete pentru realizarea misiunii și a viziunii.”¹⁹ Astfel, strategia poate fi privită ca specificarea mijloacelor necesare pentru atingerea obiectivelor pe termen relativ lung. Planificarea strategică răspunde întrebării „cum își poate atinge organizația scopul fundamental?”,²⁰ bazându-se pe câteva principii și acțiuni esențiale.²¹

Ulterior, în capitolele praxeologice (capitolele 6 și 7) se abordează planificarea strategică, pentru a asocia obiectivelor serviciului principalele principii și acțiuni de implementare. Însă, înainte de aceasta, este necesară analiza caracteristicilor care determină prezența și actualitatea serviciului.

Cercetarea cairologică – în cadrul căreia s-a analizat actualitatea și oportunitatea practicii eclesiale, precum și contextul în care aceasta se formează și poate fi modelată – a fost realizată

¹⁷ Paul M. ZULEHNER: *Pastoraltheologie I. Fundamentalpastoral*, Patmos, Düsseldorf 1991, 11–23.

¹⁸ ZULEHNER: *Pastoraltheologie I*, 10–25.

¹⁹ FEKETE Hajnalka: *Merre tart a hajó? A szervezeti stratégia, a struktúra és a kultúra hatásainak vizsgálata a vállalati teljesítményre*, Teză de doctorat, Pannon Egyetem, Gazdálkodás- és Szervezéstudományok Doktori Iskola, Veszprém 2011, 33. https://konyvtar.uni-pannon.hu/doktori/2012/Fekete_Hajnalka_dissertation.pdf. Data accesării: 29.06. 2024.

²⁰ FEKETE: *Merre tart a hajó*, 17.

²¹ Ibid.

în a doua parte a disertației (capitolele 4 și 5). Mai întâi, am investigat practica eclesială locală din cadrul Arhiepiscopiei Romano-Catolice de Alba Iulia, iar ulterior am analizat contextul mai larg, examinând modelele de asistență pastorală spitalicească din Europa Centrală și metodologiile de cercetare aferente.

Contextul restrâns al temei – activitatea de asistență pastorală spitalicească desfășurată în Arhiepiscopia Romano-Catolică de Alba Iulia – a fost investigat în capitolul 4, conform metodei cairologice. Cercetarea s-a bazat pe trei surse: (1) Documentul de încheiere al sinodului diecezan din anul 2000,²² din care am dedus că importanța pastorării spitalicești a fost recunoscută de peste douăzeci de ani și că au fost formulate propuneri progresiste pentru organizarea serviciilor de asistență pastorală spitalicească. Acesta a subliniat necesitatea competenței profesionale, a profesionalismului și implicarea credincioșilor laici în slujirea pacienților. (2) Rezultatele unei cercetări practice dintr-o disertație de master, care au arătat că dieceza este dedicată pastorării spitalicești, implementată punctual, în principal prin inițiativele preoților spitaliciști și ale persoanelor instruite în asistență pastorală. Totuși, practica actuală lipsește de o organizare conform unui concept comprehensiv și de implementare la nivel sistemic și diecezan. (3) În final, am identificat, ca parte a unei analize comparative, un exemplu de bună practică instituțională în domeniul asistenței pastorale spitalicești din cadrul diecezei, pe care l-am studiat prin interviuri semi-structurate cu preotul spitalicesc desemnat de conducerea diecezană și cu doi reprezentanți religioși implicați în activitatea pastorală (transcrierile interviurilor, codificate HIJ5KL1, HIJ5L13 și HIJ5L14, se regăsesc în anexe).

Mappingul acestei bune practici a evidențiat numeroase elemente pozitive, însă s-a constatat că practica nu este implementată la nivel sistemic și poate necesita dezvoltări suplimentare pentru a atinge pe deplin caracteristicile formulate în viziune. În concluzie, se constată necesitatea organizării unui serviciu de asistență pastorală spitalicească centrat pe pacient la nivel diecezan în cadrul Arhiepiscopiei Romano-Catolice de Alba Iulia, ceea ce ar permite integrarea asistenței pastorale în spitalele din incidența diecezei și asigurarea suportului spiritual pentru pacienți, rude și personal medical.

În cadrul cercetării cairologice (capitolul 5) s-a stabilit metodologia practică necesară studiului modelelor de asistență pastorală spitalicească din Europa Centrală, urmând să fie prezentate cele patru modele studiate în Ungaria și Austria.

²² Documentele finale ale Sinodului Diocesan al Arhiepiscopiei de Alba Iulia, 24-29 septembrie 2000, în: <https://ersekseg.ro/hu/node/97>. Data accesării: 05. 08. 2024.

Scopul cercetării practice a fost de a colecta date privind modul de funcționare și organizare a serviciilor de asistență pastorală spitalicească din Europa Centrală. Pe baza datelor colectate, ulterior (în capitolele praxeologice) se vor formula strategii pentru organizarea acestor servicii în conformitate cu cele șapte caracteristici din viziune. În final, rezultatele cercetării practice contribuie la îndeplinirea obiectivelor disertației, și anume identificarea unor direcții strategice și de organizare ce pot fi utilizate pentru dezvoltarea activității de asistență pastorală spitalicească în cadrul Arhiepiscopiei Romano-Catolice de Alba Iulia.

Cercetarea practică s-a realizat utilizând o metodologie calitativă de teren, care a permis examinarea serviciilor de asistență pastorală spitalicească în mediul lor natural.²³ Au fost aplicate două metode de colectare a datelor: observații non-participante în spitale și interviuri semi-structurate cu personalul de asistență pastorală și cu liderii serviciilor. Informațiile obținute prin observații și rezultatele analizei interviurilor au fost integrate într-un instrument de măsurare dezvoltat intern, structurat pe baza celor șapte caracteristici principale și a celor 42 de subteme. Acest instrument a permis înregistrarea observațiilor din teren, a codurilor și a referințelor sursă din textele interviurilor. Cele 18 interviuri semi-structurate au fost transcrise, anonimizate și, unde a fost cazul, traduse în limba română, iar analiza lor s-a realizat cu ajutorul software-ului MAXQDA, codificându-se conform celor șapte coduri principale și a celor 42 de subcoduri. Datele colectate, instrumentul de măsurare și transcrierile interviurilor sunt incluse în anexele disertației.

În timpul cercetării de teren, am dorit să investigăm serviciile de asistență pastorală spitalicească organizate la nivel instituțional și diecezan în ambele țări. Pentru selecția eșantionului s-a folosit o metodă bazată pe expertiză și acces, vizând servicii deja bine stabilite și cu o organizare matură, funcționând de cel puțin douăzeci de ani. A fost esențial să includem servicii organizate pe diferite niveluri: atât cele organizate la nivel diecezan, cât și cele implementate la nivelul unei instituții medicale specifice. În Ungaria, în cadrul cercetării de teren, am studiat serviciul de asistență pastorală spitalicească denumit „modelul E1” (nivel diecezan) și serviciul denumit „modelul I4” (nivel instituțional); în Austria am analizat serviciul de asistență pastorală spitalicească denumit „modelul E2” (nivel diecezan) și modelul mixt „IE3”, organizat parțial la nivel instituțional și parțial la nivel (diecezan). Pentru selecția respondenților, obiectivul a fost de a discuta cu responsabili serviciilor – fie că este vorba de liderul echipei la nivel instituțional, fie de liderul superior la nivel diecezan – rezultând 6 interviuri cu lideri și 12 interviuri cu personalul de asistență pastorală spitalicească.

²³ BABBIE, Earl: *A társadalomtudományi kutatás gyakorlata*, Balassi Kiadó, Budapest 2008, 319.

În cadrul cercetării praxeologice (capitolele 6 și 7) se explorează, pe baza rezultatelor cercetării calitative, modalitățile de organizare a serviciilor de asistență pastorală spitalicească și strategiile aferente celor șapte caracteristici. S-au elaborat direcții strategice și instrumente organizaționale care permit crearea unui serviciu de asistență pastorală spitalicească conform viziunii formulate. Ca rezultat final al cercetării praxeologice, pot fi formulate următoarele concluzii, pe baza caracteristicilor analizate:

(1) Caracter comprehensiv:

Prin „caracter comprehensiv” se înțelege că sprijinul și îngrijirea oferită de pastorii spitalicesci sunt accesibile în mod universal. Una dintre principalele dimensiuni ale acestui concept constă în identificarea grupurilor țintă ale asistenței pastorale spitalicești. În primul rând, se afirmă că asistența pastorală trebuie să fie accesibilă nu doar pacienților, ci și rudelor acestora și personalului medical. În al doilea rând, îngrijirea oferită de pastorii spitalicesci trebuie să fie disponibilă pentru toți cei care solicită acest serviciu, indiferent de apartenența lor religioasă sau ideologică.

Cercetarea practică evidențiază că, în determinarea domeniului persoanelor eligibile pentru asistență pastorală, conexiunea cu spitalul reprezintă principiul fundamental. Astfel, persoanele care sunt în orice mod conectate la spital – fie că este vorba de angajați, pacienți, rudele pacienților sau rudele celor decedați – au dreptul de a beneficia de serviciile oferite de pastorii spitalicesci. Retragera acestui drept se poate face doar în cazuri justificate. Stabilirea unui criteriu atât de larg asigură accesibilitatea serviciului pentru toate părțile interesate, fără a ține cont de apartenența religioasă sau de orientarea ideologică.

Pentru a asigura accesul la asistență pastorală, este necesară implementarea mai multor modalități de acces, inclusiv: oferirea serviciului de către pastor, inițiativa personală a beneficiarului, referirea de către personalul medical și alertele automate integrate în protocoale. Pentru grupurile eligibile pentru asistență pastorală spitalicească (pacienți, rude și personal medical), diferitele canale de acces s-au dovedit a fi eficiente. Aplicarea acestor metode sporește atât accesul la serviciu, cât și disponibilitatea pastoriilor și eficiența activității acestora.

Factorii care influențează pozitiv realizarea caracterului comprehensiv al serviciului includ creșterea vizibilității pastoriilor în cadrul instituției și asigurarea că aceștia pot fi abordați personal. Implementarea unui sistem de asistență pastorală pe secții – în care fiecărei secții i se desemnează un pastor responsabil, prezent zilnic sau săptămânal, capabil să întâmpine pacienții noi și să stabilească relații personale cu personalul medical – contribuie semnificativ la accesibilitatea comprehensivă a serviciului. Totodată, este necesar să se țină cont și de factorii

negativi, precum lipsa muncii în echipă între pastori, atribuirea exclusivă a sarcinilor legate de îngrijirea sacramentală pastorilor și deficiențele de comunicare referitoare la domeniul de competență pastorală, care pot împiedica o prezență completă a serviciului.

(2) Centrat pe pacient

În domeniul asistenței pastorale spitalicești, centratul pe pacient înseamnă că pastorul este prezent în slujba pacientului în modul cerut de situația acestuia. Pastorul spitalicesc oferă sprijin pastoral personalizat și uman, adaptat nevoilor spirituale și psihosociale exprimate de beneficiar.

Un element esențial al acestei abordări îl reprezintă informarea centrată pe pacient privind serviciile de asistență pastorală oferite. Cercetarea a evidențiat că este crucial ca pacienții, rudele și personalul medical să fie informați despre posibilitățile și modalitățile de acces la asistența pastorală prin intermediul mai multor canale: ofertarea directă de către pastor, recomandările personalului medical și utilizarea materialelor informative contribuie semnificativ la accesibilitatea serviciului.

Centratul pe pacient se poate manifesta și prin organizarea întâlnirilor pastorale în momentele în care pacientul are nevoie de acestea și când este adecvat din perspectiva situației sale. Accesul temporal la asistență pastorală depinde de capacitatea serviciului de a răspunde rapid și flexibil la cererile de asistență, priorizând solicitările urgente (de exemplu, în cazul intervențiilor de criză). Asigurarea unui acces rapid și eficient, prin implementarea unui sistem de urgență pastorală și stabilirea unor protocoale de priorizare, permite răspunsul prompt la nevoile spirituale. În organizarea accesului temporal, este imperativ să se țină cont și de programul de lucru și de bunăstarea mentală a pastorilor.

În plus, acordarea unei atenții speciale nevoilor individuale ale beneficiarilor întărește centratul pe pacient. Cercetarea a identificat criteriile ce trebuie evaluate în contextul satisfacerii nevoilor specifice ale celor asistați. Asigurarea continuității serviciului (adică, ca în cadrul unei intervenții pastorale să fie prezent același pastor pe parcursul întregii asistențe), crearea unui mediu adecvat și sensibilitatea față de nevoile legate de practicarea credinței contribuie la consolidarea acestei abordări. De asemenea, capacitatea de a răspunde prompt, primirea feedback-ului și gestionarea reclamațiilor facilitează dezvoltarea continuă a serviciului și creșterea focalizării pe nevoile beneficiarilor.

În concluzie, implementarea practică a centraturii pe pacient în cadrul serviciului de asistență pastorală spitalicească nu doar că îmbunătățește starea de bine a celor asistați și

calitatea asistenței pastorale, dar contribuie și la consolidarea unei abordări centrate pe pacient în instituția medicală, sporind astfel satisfacția pacienților.

În domeniul asistenței pastorale spitalicești, a fi centrat pe pacient înseamnă ca pastorul să fie prezent în slujba pacientului în modul impus de situația acestuia. Pastorul spitalicesc oferă sprijin personalizat și uman, adaptat nevoilor spirituale și psihosociale exprimate de beneficiar. Un element esențial este informarea centrată pe pacient privind serviciile de asistență pastorală oferite, astfel încât pacienții, rudele și personalul medical să fie conștienți de posibilitățile și modalitățile de acces. Aceasta se realizează prin ofertarea directă a serviciului de către pastor, recomandările personalului medical și utilizarea materialelor informative. De asemenea, programarea întâlnirilor pastorale trebuie să se facă în funcție de necesitățile și disponibilitatea pacientului. O reacție rapidă și flexibilă, mai ales în situații de criză, este esențială, iar organizarea serviciului trebuie să permită prioritizarea solicitărilor urgente, ținând cont de programul și starea de bine a pastorilor. Asigurarea continuității (de exemplu, ca același pastor să îl asiste pe pacient pe parcursul întregii intervenții) contribuie suplimentar la consolidarea unei abordări centrate pe pacient.

(3) Accentul pe asistență pastorală:

Indiferent dacă vorbim despre servicii pastorale spitalicești organizate la nivel diocesan sau instituțional, menținerea focalizării pastorale înseamnă că, la organizarea activităților și stabilirea sarcinilor, se urmărește ca ponderea activităților pastorale să fie superioară celei a altor activități. Obiectivul strategic al serviciului pastoral spitalicesc trebuie să fie ca pastorii să dedice o parte semnificativă din timpul lor de lucru – cel puțin 70–80% în modelele diocesane și 80–90% în modelele instituționale – activităților pastorale directe. În acest scop, este necesară delimitarea clară a proporției altor sarcini (de exemplu, administrativă, organizarea de evenimente) și adoptarea unor strategii de organizare a muncii care să favorizeze consolidarea prezenței pastorale pe secțiile spitalicești.

Stabilirea cadrului adecvat pentru activitățile de documentare este esențială pentru funcționarea eficientă a serviciului și asigurarea calității, însă trebuie avut în vedere că documentarea și administrarea trebuie să sprijine activitatea pastorală. Scopul documentării este, în primul rând, monitorizarea activității pastorale și facilitarea coordonării activităților, acordându-se o atenție deosebită protecției datelor și gestionării informațiilor confidențiale.

Consolidarea identității pastorale a celor care desfășoară serviciul contribuie la menținerea focalizării pastorale. Această identitate include autorizarea pastorilor de către Biserică pentru a desfășura activitatea pastorală, profesionalismul, competența profesională,

relația personală cu Dumnezeu și devotamentul spiritual. Pentru a trăi și exprima această identitate, este indispensabilă reflecția profesională regulată, dezvoltarea comunității în cadrul echipei pastorale, precum și practicarea comună a rugăciunii și a activităților religioase.

Abordarea ecumenică a asistenței pastorale spitalicești sprijină, de asemenea, menținerea focalizării pastorale. Această abordare contribuie la ca serviciul să fie deschis tuturor pacienților, rudelor și personalului medical, indiferent de apartenența religioasă, și la identificarea nevoilor pastorale ale persoanelor aparținând diferitelor confesiuni sau ale celor care nu au credință. Colaborarea cu pastori și preoți din alte confesiuni întărește eficacitatea serviciului prin împărțirea sarcinilor și contribuie la satisfacerea nevoilor spirituale ale pacienților.

Din punct de vedere strategic, o organizare eficientă a serviciului presupune stabilirea clară a repartizării sarcinilor. Distribuirea responsabilităților între pastori și preoți, colaborarea interconfesională și organizarea muncii în cadrul echipei pastorale contribuie la menținerea focalizării pastorale și la asigurarea unei îngrijiri pastorale de înaltă calitate pentru pacienți.

(4) Integrarea în sistemul spitalicesc

Integrarea serviciului de asistență pastorală spitalicească în instituțiile medicale reprezintă un proces multidimensional, având două aspecte principale: pe de o parte, integrarea personalului pastoral în comunitatea spitalului; pe de altă parte, integrarea serviciului oferit, adică a activităților pastorale, în suita de servicii furnizate de spital.

Loialitatea pastorilor față de spital este esențială pentru integrare. Aceasta se manifestă prin respectarea regulilor și a programului spitalicesc de către pastori și preoți, prin colaborarea strânsă cu personalul medical și prin participarea activă la viața comunității spitalicești. Prezența și activitatea pastorilor contribuie la îmbogățirea și modelarea culturii organizaționale a spitalului.

Cooperarea interdisciplinară dintre pastori și personalul medical este indispensabilă pentru integrare. Implicarea pastorilor în echipele multidisciplinare de vindecare, participarea la vizitele și discuțiile de caz, precum și implicarea lor în intervențiile de criză și în procesarea doliu sunt esențiale pentru integrare și contribuie la asigurarea unei îngrijiri holistice a pacienților. Prezența și competența profesională a pastorilor, precum și vizibilitatea serviciului, sporesc încrederea și disponibilitatea de colaborare a personalului medical.

Nivelul de informare în domeniul sănătății reprezintă, de asemenea, un factor important în integrare. Prin activitatea lor, pastorii își extind cunoștințele în domeniul sănătății, facilitând astfel colaborarea și comunicarea cu personalul medical și sporind eficiența muncii lor.

Domeniile în care este necesară o expertiză profesională includ: sănătatea mintală, psihopatologia, bioetica, intervenția în situații de criză, tanatologia și cunoștințele privind funcționarea echipelor interdisciplinare în spitale.

Un indicator al integrării este existența unui flux de date între serviciul pastoral și spital, aspect esențial pe termen lung pentru eficiența activității pastorale. Acordurile adecvate de protecție a datelor și confidențialitate permit pastorilor să aibă acces la informațiile necesare despre pacienți și la datele privind organizarea îngrijirii, astfel încât să poată oferi un suport mai eficient pacienților, rudelor acestora și personalului medical. Cercetarea subliniază, de asemenea, importanța existenței unui protocol pentru partajarea, stocarea și distrugerea datelor primite de la spital și generate în cursul activității pastorale.

Conștiința de chemare și misiunea pastorilor sunt strâns legate de integrarea în sistemul spitalicesc, reflectând modul în care aceștia percep rolul și poziția ocupată în cadrul instituției medicale. Pe lângă relația lor cu Biserica și cu Dumnezeu, pastorii acordă o importanță deosebită rolului pastoral și responsabilităților asumate în instituție. Misiunea lor include sprijinirea spirituală a pacienților și a rudelor acestora, promovarea unei îngrijiri holistice și oferirea de suport pastoral și de sănătate mintală pentru personalul medical. Implicarea socială a pastorilor contribuie la diminuarea tabuizării morții și a bolii și la consolidarea coeziunii comunitare în interiorul spitalului.

Cunoașterea culturii organizaționale a spitalului permite pastorilor să se integreze eficient în mediul spitalicesc și să contribuie la îmbogățirea acestuia. Activitatea pastorală, în contextul culturii organizaționale a spitalului, este percepută ca o activitate complementar, care poate contribui la modelarea culturii organizaționale și la generarea de valoare. Prin aplicarea unor strategii adecvate, pastorii se pot integra eficient în mediul spitalicesc, contribuind astfel la bunăstarea spirituală a pacienților, a rudelor și a personalului medical.

(5) Competența profesională și profesionalism

Prin „competență profesională și profesionalism” se înțelege pregătirea specializată a celor care desfășoară serviciul, indicând în același timp că asistența pastorală spitalicească constituie un domeniu distinct, dotat cu ghiduri profesionale specifice. Cercetarea a evidențiat că se impune ca pastorii să dețină o pregătire universitară teologică și specializată (de exemplu, cursuri de pastorală clinică sau de consiliere pastorală), care să asigure o bază solidă pentru profesionalismul lor. La recrutarea noilor colaboratori, nu numai calificările profesionale, ci și competențele personale – precum empatia, capacitatea de a lucra în echipă, relația personală cu Dumnezeu și viața spirituală – sunt esențiale. În cadrul echipelor

pastorale numeroase, specializarea și împărțirea clară a sarcinilor contribuie la consolidarea specializării pastorale și la funcționarea eficientă și profesională a serviciului.

În ceea ce privește autorizarea, mandatul eclesian sau contractul încheiat între Biserică și instituția medicală asigură aprobarea oficială a pastorilor pentru desfășurarea serviciului. Regulile interne ale serviciului pastoral stabilesc cadrul pentru funcționarea profesională, incluzând delimitarea competențelor, normele de comportament, procedurile, cerințele de documentare și regulile de protecție a datelor. Aceste reglementări contribuie la siguranța pacienților și la responsabilitatea în desfășurarea activității pastorale.

Prevederile etice profesionale sunt indispensabile, fiind recomandată existența unui cod etic sau a unor alte norme – fie din partea Bisericii, fie a instituției medicale – recunoscute și acceptate de către pastori. Un domeniu esențial al eticii profesionale îl reprezintă confidențialitatea, element fundamental pentru păstrarea încrederii beneficiarilor în timpul discuțiilor pastorale. Pentru gestionarea abaterilor etice, este necesară stabilirea unor protocoale clare, care să asigure proceduri adecvate și măsuri preventive pentru eliminarea eventualelor erori viitoare.

Clarificarea și comunicarea precisă a domeniului de competență a pastorilor sunt esențiale pentru colaborarea interdisciplinară. Activitatea pastorilor se extinde la îngrijirea spirituală a pacienților, a rudelor și a personalului medical, la oferirea de suport în domeniul sănătății mintale, intervenții de criză, precum și la organizarea de slujbe și activități religioase și a vizitelor pastorale. De asemenea, este important ca pastorii să cunoască competențele altor specialiști implicați în îngrijirea pacienților, precum și limitele proprii de competență, pentru a putea referi eficient pacienții între diferiți colaboratori și a-și identifica corect responsabilitățile.

Asigurarea calității reprezintă un aspect esențial al funcționării profesionale. Conform cercetării, cele mai frecvente instrumente de asigurare a calității activității pastorale includ supervizarea pastorilor, organizarea periodică de întâlniri de caz, realizarea de programe de formare continuă și implementarea de reglementări interne. În cazul serviciilor instituționale și diocezane, este imperativ ca pastorii să beneficieze de dezvoltare profesională continuă și ca calitatea îngrijirii să fie monitorizată constant. Supervizarea individuală și de grup, alături de menținerea unor contacte regulate cu liderii profesioniști, contribuie la menținerea unui nivel înalt al activității pastorale.

Organizarea voluntariatului întărește funcționarea profesională a serviciului, cu condiția ca domeniul de competență al voluntarilor să fie clar definit și aceștia să beneficieze de o formare adecvată. Deși atribuțiile asistenților pastorali și ale voluntarilor pot diferi, în

ambele cazuri este esențială clarificarea precisă a responsabilităților, respectarea normelor etice și de protecție a datelor, precum și supravegherea profesională a activităților desfășurate de voluntari.

(6) Regionalitate

Prin „regionalitate” se înțelege organizarea teritorială a asistenței pastorale spitalicești. Cercetările noastre au evidențiat că, indiferent dacă serviciul pastoral este organizat la nivel diocesan sau instituțional, unul dintre obiectivele strategice esențiale este asigurarea unei acoperiri teritoriale complete și extinderea prezenței pastorale în zona desemnată. Zona acoperită de asistența pastorală poate fi reprezentată fie de întreg teritoriul unei dioceze, fie de diversele sedii și secții ale unui spital.

În modelele diocesane, obiectivul strategic este ca serviciul pastoral să fie prezent în toate spitalele din incidența diocезei. Acest lucru se realizează prin negocieri între conducerea diocезană și conducerea spitalelor din zonă și prin încheierea unor acorduri de colaborare. De asemenea, este necesară angajarea pastorilor laici, care să fie prezenți zilnic în spitale. Sarcinile pastorale spitalicești specifice, de natură sacramentală, sunt îndeplinite de preoții diocезani, coordonați de liderul serviciului la nivel diocезan. Această formă de organizare este benefică atât din punct de vedere al optimizării resurselor umane, cât și al eficienței costurilor.

În modelele instituționale, serviciul pastoral se organizează în cadrul instituției medicale respective, având ca obiectiv ca sprijinul oferit de pastori să fie disponibil pe toate locațiile, pentru pacienți, rude și personalul medical.

În cadrul cercetării, am identificat diferite modele de înființare, împreună cu principalele lor caracteristici, conform modelelor observate: a) construcția de sus în jos, caracteristică în special modelelor diocesane; b) strategia de înființare de jos în sus, care poate fi identificată atât în modelele diocesane, cât și în cele instituționale. În cazul serviciilor instituționale, înființarea se realizează, de regulă, prin convergența inițiativelor de la nivelul experților și al conducătorilor instituționali.

Conducerea serviciilor pastorale spitalicești implică un set complex de sarcini, care pot diferi parțial între liderii diocезani și cei instituționali. Printre principalele atribuții ale conducătorilor se numără managementul operațional al serviciului, direcția strategică, gestionarea resurselor, dezvoltarea și supervizarea profesională a pastorilor, asigurarea calității și menținerea legăturilor cu diverse organizații. În modelele diocesane, conducerea este strâns legată de ierarhia eclezială, în timp ce, în modelele instituționale, direcția serviciului este determinată de liderul echipei pastorale și de conducerea instituției respective.

În ambele modele, este esențială menținerea unei comunicări strânse cu conducerea diocezană a Bisericii Catolice, cu comunitățile locale de credincioși, cu preoții altor confesiuni și cu serviciile pastorale din împrejurimi. Relațiile cu conducerea diocezană și cu comunitățile locale contribuie la răspunsul la nevoile sacramentale și la cele legate de practica religioasă, precum și la asigurarea resurselor necesare pentru serviciu, contribuind astfel la alinierea serviciilor pastorale cu obiectivele și valorile Bisericii. O abordare ecumenică și colaborarea cu preoții altor confesiuni favorizează accesul sporit la asistența pastorală și dezvoltarea profesională specifică a pastorilor spitaliciști.

În procesul de dezvoltare ulterioară a serviciilor, direcțiile strategice pot varia și depind de viziunile liderilor serviciului, de deciziile privind valorile adoptate și de obiectivele pe termen lung stabilite de entitățile de susținere. Dezvoltarea poate viza extinderea activității pastorale și în alte instituții, cum ar fi centrele de asistență socială, poate include extinderea ariei de competență a pastorilor sau chiar creșterea numărului de colaboratori, sau poate urmări îmbunătățirea calității și a accesibilității asistenței pastorale în funcție de nevoile identificate.

Rezultatele cercetării indică faptul că implementarea cu succes a organizării regionale contribuie la îndeplinirea rolului social și eclesial al serviciilor pastorale în zona acoperită de acestea.

(7) Acces gratuit

Prin acces gratuit se înțelege că serviciile furnizate de pastori și preoți spitalicesști sunt disponibile pentru beneficiari fără costuri directe. Totuși, pentru sustenabilitatea asistenței pastorale spitalicești este esențială asigurarea finanțării și a resurselor necesare funcționării serviciului.

Studiile noastre arată că, atât în modelele instituționale, cât și în cele diecezane, strategia de finanțare hibridă s-a dovedit a fi cea mai eficientă. Aceasta presupune ca finanțarea serviciului să provină din mai multe surse, inclusiv din partea diecezei sau a ordinului călugăresc, a instituției medicale, a susținerilor de stat și chiar a altor modalități alternative de generare a resurselor.

În modelele instituționale, finanțarea serviciului se împarte adesea între instituția medicală și Biserică. Avantajul finanțării hibride constă în faptul că spitalul percepe serviciul ca aparținându-i, facilitând astfel integrarea acestuia și extinderea ariei de responsabilitate a pastorilor. Totodată, finanțarea exclusiv instituțională poate face serviciul vulnerabil, deoarece situația economică a instituției și prioritățile conducerii pot influența semnificativ nivelul finanțării.

În modelele diecezane, finanțarea se realizează prin acorduri de colaborare între Biserică și stat, precum și prin contractele încheiate de dieceză cu anumite spitale, iar dieceza trebuie să își asume o parte din costurile salariale și operaționale ale pastorilor, având rol de angajator. O abordare graduală – care începe cu acordarea prezenței pastorale și demonstrarea valorii serviciului, urmând ulterior negocieri privind finanțarea – s-a dovedit a fi o strategie eficientă pentru stabilirea colaborării între dieceze și spitale.

Contribuția beneficiarilor se poate realiza, în principal, prin donații, destinate finanțării cheltuielilor ocazionale ale serviciului. Totuși, este important ca pastorii să nu ceară sau să accepte contribuții financiare directe în schimbul asistenței pastorale și ca regulile privind acceptarea cadourilor să fie clar definite prin orientări etice și politici interne.

Costurile și resursele serviciului includ cheltuieli de natură personală (salariile pastorilor, ale personalului administrativ și ale liderilor), precum și cheltuieli materiale (furnituri de birou, echipamente tehnice și infrastructura necesară funcționării serviciului). Asumarea reciprocă a rolului de către spitale și Biserică este esențială, iar acordurile de colaborare trebuie să specifice în detaliu responsabilitățile fiecărei părți în asigurarea resurselor și în rambursarea cheltuielilor.

Infrastructura și suportul tehnologic reprezintă, de asemenea, elemente esențiale pentru funcționarea eficientă a serviciului. Prezența unor spații dedicate pentru activitatea pastorală (camere pentru asistență pastorală, capelă sau zone destinate rugăciunii și programelor comunitare) este crucială, iar dotările adecvate de comunicații și tehnologie sprijină desfășurarea profesională a activității pastorale. Obiectivele de dezvoltare pe termen lung includ integrarea serviciului de asistență pastorală în sistemul electronic de evidență medicală al spitalului, facilitând astfel accesul la informațiile necesare, colaborarea cu personalul medical și sporind eficiența serviciului.

În concluzie, caracterul complex al finanțării și al accesului gratuit la serviciile de asistență pastorală spitalicească necesită o planificare atentă și o colaborare strategică între Biserică, instituțiile medicale și autoritățile statului. Aplicarea modelelor hibride de finanțare asigură sustenabilitatea și calitatea serviciului, oferind în același timp pacienților acces gratuit la sprijinul pastoral.

Concluziile prezentate anterior privind rezultatele cercetării calitative sunt rezumate în ultimul capitol (capitolul 7) al disertației. De asemenea, în acest capitol se găsesc recomandările experților formulate pentru Arhiepiscopia Romano-Catolică de Alba Iulia, care evaluează strategia și etapele de implementare a serviciilor de asistență pastorală spitalicească.

Recomandarea propune două strategii organizaționale principale: strategia de sus în jos și strategia spitalului-model, ambele fiind relevante pentru Arhiepiscopia Romano-Catolică de Alba Iulia, în cazul în care se dorește organizarea serviciului de asistență pastorală la nivel diecezan.

Strategia de sus în jos permite implementarea rapidă și cuprinzătoare a activității pastorale spitalicești în toate spitalele din incidența diecezei. Aceasta necesită resurse semnificative – inclusiv acorduri cu instituțiile medicale sau ministerele, finanțarea serviciului, recrutarea personalului calificat și stabilirea unei structuri de conducere. Deși această strategie este eficientă prin faptul că asigură prezența la timp a activității pastorale în toate spitalele, ea prezintă un risc crescut, întrucât lipsa anumitor condiții preliminare poate compromite implementarea.

Strategia spitalului-model prevede o dezvoltare treptată, începând cu elaborarea și testarea unui model într-un spital selectat, care ulterior poate fi extins la celelalte spitale din incidența diecezei. Această abordare necesită inițial resurse mai reduse și oferă o bază de organizare mai sigură și flexibilă, deși implementarea sa la scară largă necesită un interval de timp mai îndelungat. Recomandarea expertă indică faptul că, în absența condițiilor prealabile pentru strategia de sus în jos, este preferat să se adopte strategia spitalului-model. Indiferent de strategie, rezultatul final este organizarea unui serviciu de asistență pastorală spitalicească centrat pe pacient la nivel diecezen, care va asigura prezența activă a asistenței pastorale în spitalele din incidența Arhiepiscopiei Romano-Catolice de Alba Iulia.